Laparatomie oder konservative Behandlung der weiblichen exudativen serösen Peritonealtuberkulose.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE.
VORGELEGT EINER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT
ZU FREIBURG IM BREISGAU

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

VON
ERNST HEIMANN
APPROBIERTER ARZT
AUS
DUISBURG AM RHEIN.

FREIBURG I. BR.
ERNST A. GÜNTHERSCHE BUCHDRUCKEREI
1911.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. B.

Dekan:
Geh. Hofrat Prof. Dr. KRASKE.

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. KRÖNIG.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543126_0006

Seitdem König im Jahre 1884 seine epochemachende Arbeit: „Ueber diffuse Peritonealtuberkulose und die durch solche hervorgerufenen Scheingeschwülste im Bauch nebst Bemerkung zur Prognose und Behandlung dieser Krankheit“ veröffentlicht hatte, folgten zunächst viele fast bedingungslos den Spuren des Meisters. Immer wieder erschienen Arbeiten, die über hervorragend gute Heilerfolge durch die Laparatomie berichteten. Manche Autoren erzielten bis zu 70 % „Heilung“. Die Annahme der Internen, dass fast jede Peritonealtuberkulose in kürzerer oder längerer Zeit letal enden würde, war hiermit widerlegt. Sozusagen einstimmig wurde der Vorschlag König's, jede Peritonealtuberkulose operativ anzugreifen, angenommen. Schon nach 6 Jahren erschien von Philipps eine Arbeit, in der über 131 Fälle berichtet wurde mit 65 % Heilung. 1893 teilte Rörsch 353 Fälle mit 70 % Heilung mit. Margarucci veröffentlichte 1896 eine Arbeit über 253 Fälle von Peritonealtuberkulose mit gar 85,4 % „Heilung“.

Wie schon oben bemerkt, war in den Zeiten vor König die konservative Behandlung die einzige bekannte Therapie. Man sorgte für Bettruhe, Hebung des Ernährungsstatus und wenn möglich der sozialen Lage. Lokal wurden Einreibungen mit Schmierseife oder Solarbestrahlungen gemacht. Von Zeit zu Zeit wurden, sobald

der Leib wieder prall gefüllt war, Punktionen gemacht und so die Patienten wenigstens für eine Zeit lang von ihren Beschwerden erlöst. Hiermit war auch ungefähr das ganze Können erschöpft. Als nun die Erfolge der Laparatomie bekannt wurden, war und blieb der Bauchschnitt die dominierende Therapie, obwohl man den wirklichen Heilungsfaktor gar nicht kannte. Die einen glaubten an die Einwirkung des Lichtes, das während der Operation in die Bauchhöhle schien; die andern nahmen an, dass mit der Luft Keime in die Bauchhöhle gelangten, die hier gewissermassen einen Vernichtungskampf gegen die Tuberkelbazillen führten. Andere glaubten an eine rein physiologische Wirkung, an die durch den Schnitt herbeigeführte Hyperaemie. Welche Ansicht nun die richtige ist, kann heute noch nicht entschieden werden.

Je nach ihren Anschauungen über den angeblichen Heilungsfaktor verfuhren die Operateure. Die einen machten die einfache Eröffnung des Peritoneums und liessen den Ascites ab; andere tupften sie noch trocken aus oder brachten Antiseptika hinein, besonders Jodoform, und führten hierauf die Heilung zurück. Gerade dem Jodoform wurde entsprechend der Behandlung der tuberkulösen Gelenksentzündungen eine spezifische antituberkulöse Wirkung zugeschrieben. König fand jedoch bereits 1890, dass die Behandlung ohne Desinficientia bei seinem Material ein besseres Resultat erzielte.

Lauenstein hielt das in die Bauchhöhle scheinende Licht für das heilende Agens und berief sich auf die antibaktericide, besonders antituberkulöse Wirkung des Sonnenlichtes. Er verfuhr in folgender Weise bei seiner Operation: Eröffnung des Peritoneums, Ablassen des Ascites;

dann „wurde 10 Minuten lang dem Tageslicht Gelegenheit gegeben, in alle Teile der Bauchhöhle einzufallen“. Hier muss man aber bedenken, dass es technisch einfach unmöglich ist, das Licht auf alle erkrankten Partien einwirken zu lassen; ausserdem heilten doch auch Stellen aus, die vom Licht nicht beschienen waren.

Nolen, Mosetig-Moorhof und Casperson glaubten an eine Heilwirkung durch die mit den erkrankten Teilen in Kontakt tretende Luft, die gleichsam eine mechanische Reizung bedinge. In logischer Folge führten sie ihre Operationen aus. Zunächst wurde mittelst Troicart der Ascites abgelassen; dann wurde durch den Troicart erwärmte sterile Luft eingeblasen und nach einer gewissen Zeit nach Möglichkeit wieder entfernt. Von 6 auf diese Weise behandelten Patienten ist 1 gestorben; die 5 andern geheilt resp. gebessert. Jedoch sind alle Fälle nur 5 bis 10 Monate nachbeobachtet worden, so dass die Wirkung dieser Operation absolut nicht zu beurteilen ist.

Fehling und Cantani sind der Ansicht, dass mit der Luft eingebrachte, den Tuberkelbazillus antagonistische Keime die Heilung herbeiführen, nehmen also gewissermassen einen Bazillenkampf im Abdomen an. Cantani spricht das Bakterium termo für die betreffende Bakterienart an. Beide führen jedoch keine bakteriologischen Versuche und Beweise an. Andere, z. B. Cameron, meinen, das Ablassen des Ascites, der Tuberkelbazillen und Ptomaine enthält, bewirke eine Beseitigung des schädlichen Agens und eine Befreiuung von den Ptomainen, die den Körper schädigen; eine Ansicht, die sich selbst durch die Tatsache widerlegt, dass nie der Ascites völlig entfernt werden kann. Ausserdem kehrt der Ascites ja in

vielen Fällen wieder. Auch müsste man dann in allen Fällen mit der einfachen Punktion auskommen.

Die Heilwirkung des Schnittes durch die herbeigeführte Hyperaemie begründen Naumann und Naussauer in grösseren Arbeiten, auf die hiermit verwiesen sei.

Die oben mitgeteilten glänzenden Resultate konnten jedoch nicht lange einer kritischen Beurteilung Stand halten. Sobald man sich die Mühe gab, die Operierten nach längerer Zeit nachzuuntersuchen, sank die Prozentzahl der „Geheilten" beträchtlich. Schon bei einer Beobachtungsdauer von 3 Jahren verzeichnete König „nur" 43 % Heilung. Thönes erzielte für Heilung unter 3 Jahren 31 % für die seröse Form und nur 11 % bei der Peritonitis sicca. In der Folge nun entschloss man sich, die operierten Fälle einer längeren Beobachtungszeit zu unterziehen. Die Resultate änderten sich so sehr, dass Pagenstecher bereits 1902 eine Arbeit veröffentlichte, die den für die damalige Zeit wunderlichen Titel trug: „Dürfen wir die Peritonealtuberkulose operativ behandeln?" Adolf Frank, der das Material der Czerny'schen Klinik bearbeitete, berichtete 1900 über 63 operativ behandelte Fälle, die verhältnismässig lange und gründlich beobachtet und nachuntersucht waren. Er fand schon bei einer Beobachtungszeit von nur einem Jahre eine Mortalität von 38 % und die gleiche Heilungsziffer. Den schärfsten Standpunkt in der Frage: „Laparatomie oder konservative Behandlung" nahm Borchgrewink auf Grund seiner Erfahrungen ein. Er sagte wörtlich: „Die ohne oder nur mit geringem Fieber einhergehenden Formen der serösen Peritonealtuberkulose verlaufen von selbst günstig, bei ihnen ist die Laparatomie entbehrlich; bei den progressiven,

mit konstantem Fieber verlaufenen Formen dagegen schadet die Laparatomie. Sie ist also für alle Fälle zu verwerfen."

In ähnlicher Weise hat sich Koeppen auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen geäussert. Er fand, dass die Laparatomie keinen Einfluss auf die Fortdauer der tuberkulösen Erkrankungen hatte, dass vielmehr die meisten Versuchstiere der Schwere der Allgemeininfektion erlagen, ohne dass ein Heilungsprozess der lokalen Tuberkulose eingetreten war. Bei der Uebertragung der Tierversuche auf den menschlichen Organismus stellte er sich deshalb auf den oben erwähnten Standpunkt Borchgrewink's.

Die direkt entgegengesetzte Ansicht vertritt Heimann-Breslau in einer grösseren Arbeit. Auf Grund seiner Versuche kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, dass die Laparatomie einen heilenden Einfluss auf die Peritonealtuberkulose seiner Versuchstiere auch in anatomischem Sinne ausübe. Die Versuchstiere (Meerschweinchen) wurden 5 bis 12 Tage nach der Infektion laparatomiert und nach 3 Wochen relaparatomiert. Die histologischen Befunde, die bisher bei zufällig relaparatomierten Patienten gefunden seien, hätten natürlich nur einige Stadien des Heilungsprozesses der Bauchfelltuberkulose gezeigt; da er nun bei seinen systematischen Untersuchungen dieselben Stadien wieder gefunden habe, so dürfe man wohl annehmen, dass die anatomischen Veränderungen bei der Heilung der menschlichen Peritonealtuberkulose durch die Laparatomie sich in ähnlicher Weise abspielten, wie bei seinen Versuchstieren. Nun versäumt H. aber eine wichtige Aufgabe. Haben denn seine Versuchstiere die Allgemeininfektion überstanden oder nicht? Hierüber steht in seiner Arbeit

nichts. Auch auf dem Münchner Gynäkologen-Kongress 1911 erhielt man auf diese Frage keine Antwort.

Bacchiochi fand bei Hunden 15 Tage nach der Laparatomie die Tuberkulose bedeutend verringert; nach zwei Monaten war das Peritoneum frei von Knötchen. Mikroskopisch fand er: „Körnigen Zerfall der Tuberkelbazillen, Verlust der Virulenz und Phagocythose durch epitheloide Zellen; Degeneration der den Tuberkel zusammensetzenden Zellen; Eindringen von neu gebildeten Gefässen und Bindegewebe in den Tuberkel, wodurch er resorbiert und durch Narbengewebe ersetzt wird; das Peritoneum hatte in vielen Fällen fast normales Aussehen; in manchen Fällen blieben narbige Knötchen und Adhäsionen.“ Abgesehen davon, dass man diesen Prozess unmöglich einfach von Tier auf Mensch übertragen kann, muss man bedenken, dass sich diese „Heilungsvorgänge“ in gewissem Grade beim Menschen auch ohne Laparatomie finden. Die Reizwirkung des Schnittes kennzeichnet sich gewöhnlich durch Wundzelleninfiltration etwa am 6. Tage post operationem, in der Umgebung der Tuberkel in erhöhtem Blut- und Lymphzustrom und Vermehrung der Resorbtionstätigkeit.

Gatti hatte nur teilweise gute Resultate bei Meerschweinchen, von denen viele trotz der Laparatomie der schweren allgemeinen Infektion erlagen, die durch die Laparatomie in keiner Weise beeinflusst wurde.

Wie schon bemerkt, dürfte es wohl ein grosser Fehler sein, die Resultate der Tierexperimente ohne weiteres auf den Menschen übertragen zu wollen. Wir müssen warten, bis mehr Erfahrungen beim Menschen selbst gesammelt sind.

Wir sehen also, dass von verschiedenen Autoren verschiedene Resultate erzielt wurden. Vor allem verschieden ist die mannigfaltige Ansicht über den Begriff „Heilung", auf den ich später noch zurückkomme. Wir müssen auf Grund der vorhandenen Arbeiten über Tierexperimente sagen: Abgesehen davon, dass kein einheitliches Ergebnis vorliegt, hat ja auch niemand bestritten, dass eine Peritonealtuberkulose ausheilen kann. Kussmaul und Pribram empfahlen auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg die interne Behandlung, da sie selbst sehr schwere Fälle von Peritonealtuberkulose spontan ausheilen sahen. Ruggi wies nach, dass die fieberlos verlaufenen Fälle starke Neigung, spontan auszuheilen, zeigten. Oehler zeigte dasselbe bei Kindern.

Aus all diesen Gründen ergeben die Tiererperimente nichts Neues. Die wichtige Frage ist vielmehr die: Heilt die Peritonealtuberkulose häufiger und rascher mit oder ohne Laparatomie aus? Hier lassen sich die Tierversuche nicht einfach auf den Menschen übertragen.

Wenn somit trotz der tierexperimentellen Untersuchungen auch heute die Frage noch nicht gelöst ist, so verfügen wir doch über ein Material, welches wenigstens teilweise gestattet, aus ihm Schlüsse zu ziehen.

Bevor ich auf die Schlussfolgerung eingehe, die wir aus dem vorliegenden Material ziehen müssen, will ich zunächst noch die Diagnose der Peritonealtuberkulose besprechen.

So verschiedenartig die Anschauungen über die Behandlungsweise der Peritonealtuberkulose sind, ebenso verschieden gestaltet sich schon das Krankheitsbild. In sehr vielen Fällen macht die Peritonealtuberkulose überhaupt

keine Beschwerden. Solche Frauen kommen nicht selten nur wegen Sterilität in die Klinik und wollen wissen, ob sie Kinder bekommen können. Bei einer vaginalen Untersuchung finden sich dann Veränderungen der Adnexe, die sich bei der Operation als tuberkulöse erweisen. Andererseits findet man gelegentlich bei einer Ventrifixur oder einer Alexander-Adam'schen Operation unerwartet eine lokalisierte oder generalisierte Peritonealtuberkulose. Andere kommen mit Beschwerden verschiedenster Art: Abmagerung, Mattigkeit, Müdigkeit, Schmerzen im Leib und Kreuz, Blasen- und Darmbeschwerden; unregelmässige Menses, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe; Ascites, Dyspnoe, Oedeme. Dazu Erscheinungen vonseiten der Lunge: Husten, Auswurf, Nachtschweisse. Wie schon oben bemerkt, kann die Peritonealtuberkulose unter ganz verschiedenen Symtomen verlaufen, so dass man für die Diagnose alles mögliche heranziehen muss. In erster Linie ist eine genaue Anamnese erforderlich. Berücksichtigung der hereditären Verhältnisse und Lungenbefund weisen schon in vielen Fällen auf die tuberkulöse Art der Erkrankung hin. In manchen völlig beschwerdefreien Fällen ist die Diagnose überhaupt nur vermutungsweise zu stellen.

In vielen anderen Fällen kann man nur nach Ausschluss differenzial-diagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen zum Ziele kommen. Bei Virgines liegt die Diagnose noch ziemlich einfach, da die gonorrhoische Affektion vollständig ausscheidet. In diesem Falle kommt eigentlich nur die Appendizitis resp. die post-appendicitische Erkrankung in Betracht. Auch hier muss uns die Anamnese betreffend die Appendicitis neben einer vorhandenen Leukocytose auf den richtigen Weg weisen. Viel schwieriger

liegen die Verhältnisse bei verheirateten resp. deflorierten Frauen. Die lokalen Befunde (Darmadhäsionen, Tubenknoten, prall gefüllter Leib usw.) führen oft zu falschen Diagnosen. Differenzial-diagnostisch kommen folgende Erkrankungen in Betracht:

I. Gonorrhöe der Adnexe mit begleitender peritonealer Erkrankung;
II. fortgeleitete Appendicitis (evtl. Cholecystitis);
III. septische Affektionen;
IV. Ovarialkystom und Carcinose;
V. Tubargravidität.

Ad. I. Gonorrhöe müssen wir uns ziemlich auf die Anamnese verlassen: wenn die Patientinnen angeben, dass sie kurze Zeit nach der Verheiratung Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen empfanden, dass sie gelblichen „Fluss" bekamen, dass die Schmerzen im Leib kurz nach den Menses oder im Anschluss an ein Wochenbett folgten. Finden wir hierzu noch die entsprechenden lokalen Befunde (Rötung der Scheide, Bartholinitis, Nachweis vom Gonokokken im Cervikalsekret, Tubentouchierbefund und Leukocytose, so dürfen wir mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es sich um eine gonorrhöeische Affektion handelt, ohne jedoch die tuberkulöse völlig ausschliessen zu können.

Bei der differenzial-diagnostisch in vielen Fällen in Betracht kommenden fortgeleiteten Appendicitis sind wir fast in gleicher Weise auf die Anamnese angewiesen. Abgelaufene appendicitische Prozesse, Leukocytose, ein- oder auch manchmal doppelseitige Adnextumoren verpflichten uns natürlich zur Annahme der Diagnose. In seltenen Fällen kommt eine fortgeleitete Cholecystitis in Betracht.

Die dritte differenzial-diagnostisch in Betracht kommende Erkrankung, die septische Affektion, ist leichter auszuschliessen. Ein fieberhaft abgelaufenes Puerperium, ein septischer Abort zwingen uns anamnestisch schon zur Diagnose. Um so schwieriger liegt sie bei Ovarialkystom und Carcinose, worauf ich noch bei der Tuberkulinreaktion zu sprechen komme.

Da die Tubargravidität in manchen Fällen in Betracht kommen kann, so sei erwähnt, dass hier das Ausbleiben der Menses mit allen Schwangerschaftszeichen der ersten Monate, vor allem aber das einseitige Auftreten und die Weichheit des Uterus uns die Diagnose sichern werden.

Ein wichtiges differenzial-diagnostisches Hilfsmittel glaubte man in der spezifischen Tuberkulinreaktion gewonnen zu haben. In erster Linie trat Birnbaum dafür ein, der bei tuberkulösen Erkrankungen in der überaus grössten Anzahl der Fälle positive Reaktion vorfand. Da er aber sein Material histologisch nur in etwa ein Viertel seiner Fälle nachuntersucht hatte, so musste er sich in drei Viertel seiner Fälle auf seine klinische Beobachtung stützen. Birnbaum schliesst seine Ausführungen folgendermassen: „Auf Grund der niedergelegten vielfachen Erfahrungen hoffe ich auch denjenigen, die der Tuberkulinfrage bisher skeptisch oder sogar direkt ablehnend gegenüberstanden, gezeigt zu haben, dass wir in dem Alt-Tuberkulin ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung zweifelhafter Urogenital- und Bauchfelltuberkulose besitzen."

Noch in dem gleichen Jahre erschien von Pankow (Freiburg) eine Arbeit, in der er diese Frage nicht nur am klinischen, sondern auch gleichzeitig in jedem einzelnen

Falle histologisch nachgeprüft hatte. Er stellte fest: das diagnostische Resultat der Tuberkulin-Injektion deckte sich mit dem anatomischen Befund in 75 % der Fälle, es differierte in 25 %. Im Gegensatz zu Birnbaum fand Pankow nur in 44,5 % der Fälle, in denen histologisch eine ausgedehnte, örtliche Tuberkulose nachweisbar war, eine gleichzeitige lokale Reaktion. Obgleich es sich in den anderen Fällen um mehr oder weniger ausgedehnte Adnex- und Bauchfelltuberkulosen handelte, trat keine örtliche Reaktion ein.

Zu dem gleichen Resultat kam Hoffmann in einer diese Frage behandelnden Arbeit 1908.

Schlimpert konnte auf Grund von 72 Fällen, die alle anatomisch-histologisch nachuntersucht waren, nachweisen, dass die Alttuberkulinreaktion weder in positiver noch in negativer Hinsicht verwendbar ist. Bei dem wahllos herausgegriffenen Material bekam er in 70 % ein richtiges, dagegen in 30 % ein falsches Resultat. Unter den 72 Fällen waren 19 Tuberkulosen. Auch von diesen zeigten nur 47 % ein richtiges, dagegen 53 % ein falsches Ergebnis. Auf Grund dieser Resultate stellte sich der Münchner Gynäkologen-Kongress 1911 auf den Standpunkt, die Alttuberkulinreaktion als spezifische als unbrauchbar abzulehnen.

Nach Schlimpert führte auch die Moro'sche Salbenreaktion zu keinem brauchbaren Ergebnis. Sie gab in 45 % ein richtiges, aber in 55 % ein falsches Resultat. Bei den Adnextuberkulosen war sie in ein Viertel der Fälle negativ. Das Gleiche ergab sich nach Schlimpert bei der Nachprüfung der Pirquet'schen Reaktion, wo diese in fast 50 % der gynäkologischen Fälle völlig versagte. Auch die Pirquet'sche Reaktion war bei ein Viertel der Fälle von

Adnextuberkulose negativ. Aus all dem Gesagten geht hervor, dass die Tuberkulinreaktion für die Gynäkologie weder im positiven noch im negativen Sinne brauchbar ist. Die Konjunktivalreaktion ist gleichfalls wegen der Unsicherheit, vor allem aber wegen der vorkommenden Schädigung des Auges abzulehnen. Hervorzuheben ist noch, dass uns die spezifische Reaktion besonders in progredienten Fällen im Stich liess.

Gerade bei den vorher besprochenen differenzial-diagnostisch erwähnten Fällen von Ovarialkystom und Carcinose kommen so oft Fehldiagnosen vor (cf. Spencer-Wells und König). Bei diesen akuten Fällen versagen die Tuberkulinreaktionen sehr oft oder geben gar ein falsches Resultat, so dass wir auf Grund der spezifischen Reaktion manchmal keine sichere Diagnose stellen können. Bei Carcinose gelingt es allerdings ab und zu, den primären Herd zn finden, ohne dass man jedoch dann im Stande wäre, die Tuberkulose auszuschliessen.

In jedem Fall von Peritonealtuberkulose sollte man die Probeabrasio, die uns in etwa 50 % der Fälle bei Mitbeteiligung der Adnexe und des Uterus ein positives Ergebnis anzeigt, machen, die auch bei späteren Nachuntersuchungen zu wiederholen ist und uns auf ein weiteres Fortschreiten der Tuberkulose aufmerksam machen würde. Auch in wenig geübter Hand ist die Abrasio ein so geringfügiger Eingriff, dass wir ihn in jedem Falle für erlaubt halten, zumal man ihn im Cloräthylrausch, einem fast völlig gleichgültigen Inhalationsnarkotikum, ausführen kann. Ich möchte jedoch nicht verschweigen, dass wir in einem Falle nach einer Probeabrasio ein 14 Tage langes, teilweise über 40 Grad hohes Fieber erlebten, so dass

der Eingriff, so klein er auch ist, doch anscheinend manchmal unangenehme Komplikationen hervorrufen kann. In dem betreffenden Falle war die Patientin M. im Jahre 1907 wegen Genitaltuberkulose laparatomiert worden. Bei einer Nachuntersuchung 1910 wurde eine Abrasio gemacht, die ein positives Resultat ergab. Obgleich der Eingriff vollkommen aseptisch in gewohnter Weise gemacht worden war, traten im Anschluss an die Abrasio die oben erwähnten fieberhaften Erscheinungen auf.

Die mikroskopische Untersuchung des durch Probepunktion gewonnenen Ascites führt fast nie zu einem positiven Ergebnis. Die Ueberimpfung auf Meerschweinchen gibt in den meisten Fällen ein positives Resultat, dauert aber zu lange.

Ueber die Aetiologie der Peritonealtuberkulose herrscht grosse Meinungsverschiedenheit. Dass die Peritonealtuberkulose als eine sekundäre Erkrankung aufzufassen ist, dürfte wohl heute die allgemeine Ansicht sein. Die sogenannte idiopathische Peritonealtuberkulose kann als erledigt gelten. Wenigstens ist sie anatomisch-pathologisch nie bestätigt worden. Pribram fand unter etwa 3500 Sektionen 165 Fälle von Peritonealtuberkulose, von denen keiner der idiopathischen Peritonealtuberkulose zuzurechnen war. Ich habe das Material des Freiburger Pathologischen Instituts der Jahre 1907/10 hieraufhin durchgesehen und fand unter rund 2400 Fällen 81 mal Peritonealtuberkulose, die sich sämtlich als sekundäre Erkrankungen erwiesen.

Die Peritonealtuberkulose findet sich bei Männern und Frauen ungefähr gleich häufig. Beim männlichen Geschlecht ist die Prozentzahl etwas höher. Bei den mit Tuberkulose behafteten Frauen findet sich im Sektionsmaterial in

4 bis 12 % der Fälle Peritonealtuberkulose. Schlimpert fand in seinen Dresdner Fällen bei 2173 weiblichen tuberkulösen Leichen 108 mal Peritonealtuberkulose = 4,9 %. Bei dem Freiburger Material stellte ich in 11,55 % aller weiblichen Tuberkulosen Peritonealtuberkulose fest.

Von wesentlicher Bedeutung für unsere spezielle Frage ist die Tatsache, dass sich die Peritonealtuberkulose häufig mit Tuberkulose anderer Organe kombiniert. Es ist das deshalb so wichtig, weil wir bei unserer Prognosenstellung stets die Erkrankung nicht bloss des Peritoneums allein, sondern auch die anderer Organe zu berücksichtigen haben. Wir werden sehen, dass gerade die Lungentuberkulose für die uns beschäftigende Frage von weitgehendster Bedeutung ist. Allgemein stimmt man darüber überein, dass sich die Bauchfelltuberkulose am häufigsten mit der Lungentuberkulose, selten mit tuberkulösen Erkrankungen anderer Organe kombiniert. Nach dem mir zur Verfügung stehenden Material fand ich Peritonealtuberkulose in 84 % kombiniert mit Lungentuberkulose, in 76 % mit Darmtuberkulose, in 51 % mit Miliartuberkulose, in 56 % mit Lymphdrüsentuberkulose.

Nun zu dem Infektionsmodus. Wir müssen hier drei verschiedene Wege unterscheiden:

1. Die Kontakttuberkulose durch den Darm. Ein tuberkulöses Darmulkus bricht durch und das infektiöse Material wird auf die andern umgebenden Därme und das Peritoneum verstreut; ein Modus, der vielfach anatomisch nachgewiesen wurde. Die Tuberkeln können auch ohne Perforation des Darmes bis zur Serosa durchdringen und so die Infektion bewerkstelligen. In gleicher Weise erklärt sich die Infektion durch Tuberkel der Milz, Leber und Pleura. Der Fall, dass

die Tuberkelbazillen durch die gesunde Darmwand wandern, ist nicht von der Hand zu weisen, aber bisher noch nicht einwandfrei nachgewiesen. Denkbar ist wohl, dass, wie Cimbali in drei Fällen nachweisen zu können glaubte, die Tuberkelbazillen bei einem chronischen Magenkatarrh infolge Fehlens der baktericiden Salzsäure die Magenwand, gleichsam dann ein locus minoris resistentiae, durchdringen und so auf das Peritoneum gelangen.

2. Die Infektion auf dem Lymphwege, z. B. von den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen.

3. Die Infektion auf dem Blutwege. Ziegler spricht von einer hämatogenen disseminierten Peritonealtuberkulose, die als Teilerscheinungen einer Miliartuberkulose auftrete. Hirschfeld nimmt an, dass sich die Peritonealtuberkulose mitunter ohne Zwischenglied der sekundären Tuberkulose eines abdominalen Organes rein auf dem Blutwege im Anschluss an eine Lungentuberkulose entwickeln könne. Begünstigt wird die hämatogene Ansiedlung der Tuberkulose am Bauchfell durch Stauung im Portadergebiet; nicht selten kommt Peritonealtuberkulose ohne nachweisbare tuberkulöse Erkrankung eines Abdominalorganes im Anschluss an Lebercirrhose zur Entwicklung. Die Peritonealtuberkulose als Folgeerscheinung einer chronischen Miliartuberkulose ist leicht erklärlich. Nach dem pathologisch-anatomischen Material entsteht die Peritonealtuberkulose scheinbar mit Vorliebe auf hämatogenem Wege.

Zu erwähnen ist ferner die sogenannte ascendierende Form der Peritonealtuberkulose auf dem Wege durch Scheide, Uterus und Tuben. Jedoch ist das Zustandekommmen dieses Infektionsmodus anatomisch noch nicht nachgewiesen worden.

Bei gleichzeitig bestehender Genitaltuberkulose ist wohl in den meisten Fällen die Genitaltuberkulose die sekundäre Erscheinung. Die Ansichten hierüber gehen heute noch sehr auseinander. Fehling behauptet, dass Peritonealtuberkulose kaum aus der Tubentuberkulose entsteht; denn sonst wäre die Tatsache schwer zu erklären, dass die Peritonealtuberkulose beim Manne eher häufiger als bei der Frau vorkomme. In 8,4 % der an Tuberkulose gestorbenen Männer findet sich Peritonealtuberkulose, dagegen in 7,8 % der tuberkulösen weiblichen Leichen. Fehling folgt weiter, dass sich in 71,4 % bei den tuberkulösen Frauen, bei den tuberkulösen Männern nur in 19 % gleichzeitig Genitaltuberkulose findet, so spricht die Statistik für eine sekundäre Erkrankung der Tuben, falls man nicht überhaupt ein unabhängiges Entstehen beider Erkrankungen annimmt. Dieser Vergleich ist wohl gestattet, da die anatomischen Verhältnisse zwischen Peritoneum einerseits und Tuben und Samenstrang andererseits ziemlich gleiche sind. Auf dem gleichen Standpunkt steht Weigert; Sippel ist der entgegengesetzten Ansicht. Hierbei nimmt er an, dass die Frau im allgemeinen häufiger an Peritonealtuberkulose erkranke als das männliche Geschlecht, eine Ansicht, die durch das pathologisch-anatomische Material statistisch widerlegt ist (s. o.). Simmonds stellt sich auf den Standpunkt, dass im allgemeinen die Genitaltuberkulose primär, die Peritonealtuberkulose sekundär aus ihr entstanden sei, gibt aber auch das Gegenteil zu.

Jung und Eichenbronner wollen allerdings experimentell eine sekundäre Peritonealtuberkulose auf dem Wege durch Scheide, Uterus und Tuben hervorgebracht haben.

Bisher ist diese Arbeit, die erst aus letzter Zeit stammt, noch nicht nachgeprüft worden.

Aus alledem geht hervor, dass wir über die Ursachen und den Ausbreitungsweg der Peritonealtuberkulose noch sehr im Dunkeln sind. Stehen sich doch die Ansichten namhafter Kliniker und Pathologen, die alle ein grosses Beobachtungsmaterial zur Verfügung hatten, vielfach noch diametral gegenüber. Das Eine aber scheint doch wohl aus den Arbeiten der verschiedensten Autoren hervorzugehen, dass hauptsächlich der hämatogene Weg derjenige ist, auf dem die Fortleitung der Tuberkulose vom primären Herd aus zum Bauchfell hin erfolgt.

In welchen Formen tritt nun die Peritonealtuberkulose auf? Wir unterscheiden zwei Hauptformen, die exsudative Form und die trockene. Sie kommt etwa im Verhältnis zu 4:1 vor. Das Exsudat ist entweder frei oder abgesackt, eitrig oder blutig. In etwa 80 % der Fälle finden wir freien, in 20 % abgesackten Ascites, sogenannte Pseudotumoren. Die seröse Form kommt in etwa 91,5 %, die eitrige in 5 % und die blutige in 3,5 % der Fälle vor.

Anatomisch zeigt sich die Peritonealtuberkulose in folgender Weise. Das Peritoneum ist verdickt, mit grösseren oder kleineren Knötchen besät. Es bestehen teilweise Verwachsungen mit allen Bauchorganen, Netz, Darm, Genitalorganen und Blase. Am stärksten sind die Verwachsungen mit Darm und Adnexen, die teilweise in sogenannte Pseudotumoren umgewandelt sind. Mikroskopisch zeigt das Bauchfell an den knotigen Partien folgenden Befund, den ich einem Bericht des Freiburger pathologischen Instituts entnehme.

„Das ganze Knötchen ist von einer Bindegewebskapsel

umgeben, von der aus Septen in das Innere des Knötchens hineinziehen, die sich dann durchflechten lassen und ein Gerüstwerk bilden. In den Maschen dieses Bindegewebsgerüstes liegen Herde von Epitheloidzellen und Riesenzellen, teilweise auch nekrotische Bindegewebspartien. An einzelnen Stellen haben wir noch typische Tuberkel aus Epitheloidzellen und einer zentralen Riesenzelle zusammengesetzt. Es fehlen aber völlig die kleinzelligen Infiltrationen und jeder Tuberkel ist mit einer dicken Schicht konzentrisch angeordneter Bindegewebszüge umgeben. Vielfach sieht man, besonders nach Färbung nach van Gieson, Züge von jungem, wuchernden Bindegewebe in den Tuberkel von der bindegewebigen Kapsel her hineinziehen. Hierdurch werden Epitheloid- und Riesenzellen aus ihrem Zusammenhang gerissen und auseinandergedrängt. Da, wo der Prozess schon weiter vorgeschritten ist, sehen wir daher Gruppen von ganz wenigen Epitheloidzellen oder einige Riesenzellen völlig von dem wuchernden Bindegewebe eingeschlossen. Um die nekrotischen Partien zieht gleichfalls eine aus konzentrisch geschichtetem Bindegewebe bestehende Kapsel herum. Auch hier wuchert von der Kapsel her junges Bindegewebe ein und füllt die durch den Gewebszerfall entstandenen Lücken aus. Tuberkelbazillen liessen sich, wenn auch nur in sehr geringer Zahl, zwischen Epitheloidzellen und innerhalb einiger Riesenzellen nachweisen."

Die Prognose der Peritonealtuberkulose ist von den Autoren sehr verschieden beurteilt worden. Vor König wurde sie fast als absolut infaust angegeben. Heute wissen wir durch sorgfältige und langjährige Nachbeobachtungen, die wir zum grossen Teil an unseren durch

die Laparatomie sicher diagnostizierten Krankheitsfällen haben anstellen können, dass die Prognose wesentlich besser ist. Will man die Frage nach der Prognose der Peritonealtuberkulose richtig beantworten, so muss man sich, wie oben bereits einmal erwähnt, vor allem die Frage vorlegen: Welche Rolle spielt bei dem späteren Schicksal unserer Patientinnen die anderorts im Organismus nachgewiesene Tuberkulose, der Lungen, des Darmes, der Nieren, Pleura usw. und ist die Peritonealtuberkulose eine an und für sich tötliche Erkrankung?

Zunächst ist zu bedenken, dass bei der Peritonealtuberkulose der Prozess ein Organ angreift, das quoad vitam des betreffenden Individuums nicht unbedingt wichtig ist. Wir möchten uns deshalb mit der weiteren Frage beschäftigen: Worin ist bei der Peritonealtuberkulose die Todesursache zu suchen? Es gibt folgende Möglichkeiten: Die Peritonealtuberkulose führt zu einem sekundären Durchbruch in den Darm hinein und es entsteht hierdurch eine tötliche Perforationsperitonitis. Dieser Vorgang kommt zweifellos vor. Jedoch ist bei dem Nachweis einer Perforationsperitonitis bei gleichzeitig bestehender tuberkulösen Darm- und Bauchfellentzündung im allgemeinen der umgekehrte Weg anzunehmen, derart, dass das tuberkulöse Darmulkus von innen her in das Peritoneum hineinperforiert ist und die tötliche Peritonitis hervorgerufen hat. Ferner können durch Verklebungen der Därme untereinander Strangulationen und Obturationen des Darmtraktus entstehen, so dass der Exitus an Ileus erfolgen kann. Dies Vorkommnis ist bisher indessen selten in der Literatur mitgeteilt worden. In anderen Fällen ist die Todesursache einfach

darin zu suchen, dass der Organismus mit den tötlichen Toxinen, die nicht nur von der Peritonealtuberkulose, sondern auch von andern tuberkulösen Erkrankungen herrühren, überschwemmt wurde. Oft bildet sich der Ascites wieder. Es kommt zu starken Verdrängungserscheinungen, Wirkung auf Herz und Lungen, Kompression der Vena portae.

Was lehrt uns nun das anatomische Material und die klinische Nachbeobachtung über die Todesursache der daraufhin untersuchten Fälle? Simmonds, der aus seinem anatomisch-pathologischen Material Schlüsse zog, hält die Genitaltuberkulose für die primäre Erkrankung. Er sagt wörtlich: „Im allgemeinen schreitet der Prozess unaufhaltsam weiter, greift vom Uterus auf tiefere Wandschichten über, setzt sich von den Eileitern auf das Bauchfell fort, und führt in einer grossen Zahl von Fällen durch die tuberkulöse Peritonitis zum Tode.“ Er weisst an seinem Material statistisch nach, dass 25% durch Peritonealtuberkulose tötlich endigten. Mithin gibt nach Simmonds die Peritonealtuberkulose in einer grossen Anzahl von Fällen quoad vitam eine direkt schlechte Prognose.

Schlimpert fand unter 108 Fällen die Peritonealtuberkulose nur 9 Mal als Todesursache vermerkt = 8,33%. Dagegen war in rund 50% die Lungentuberkulose als direkte Todesursache angegeben. In dem Material des Freiburger pathologischen Instituts war in keinem Falle die Peritonealtuberkulose als Todesursache verzeichnet. Diese durch rein anatomische Untersuchungen auf dem Sektionstisch gewonnenen Behauptungen würden erheblich gestützt, wenn die klinische Beobachtung das Gleiche bestätigen würden.

Zu welchem Resultat führt uns nun die Nachuntersuchung unseres klinischen Materials?

Zur besseren Beurteilung unserer Resultate teilen wir unsere Fälle in zwei Gruppen:

1. in eine mit geringen oder ohne Beschwerden vor der Operation;
2. in die, welche bereits mit grösseren Beschwerden (namentlich mit objektivem Lungenbefund) in die Klinik eintraten.

Wenn wir nun unsere eigenen Fälle übersehen, so zeigt sich, dass es uns gelang, von unseren 50 operativ behandelten Fällen 36 nachzuuntersuchen. Trotz eifrigster Bemühungen war es uns nicht möglich, von den übrigen 14 Nachricht zu erhalten, noch sie zu einer Nachuntersuchung in der Klinik zu bewegen. Von diesen 14 waren 13 probelaparatomiert worden. Bei einer wurde die Kolpotomia posterior mit nachfolgender Punktion in der Linea alba gemacht. 10 waren mit geringen Beschwerden in die Klinik gekommen und bis auf eine (seit 2 Monaten vor der Aufnahme) arbeitsfähig gewesen. 5 wurden beschwerdefrei entlassen; 5 gebessert; hiervon eine mit starken, eine mit mässigen Leibschmerzen; eine erst nach 6-wöchentlicher, sehr langsamer Rekonvalescenz; bei einer war geringer, aber nachweisbarer Ascites wieder aufgetreten. Von den vier Fällen, die mit grösseren Beschwerden, namentlich mit Lungenbefunden, in die Klinik gekommen waren, musste eine als ungebessert in die innere Klinik verlegt werden, aus welcher sie ungeheilt (schwere allgemeine Tuberkulose) entlassen wurde. Bei einer war beim Verlassen der Klinik der Leib wieder prall gefüllt, die Bauchwunde aufgeplatzt. Bereits nach 2 Monaten musste die Patientin die Klinik wieder aufsuchen, da 3 Wochen vorher die Bauchwunde wieder aufgebrochen

war und Eiter secernierte. Der Leib war prall gefüllt; die Patientin hatte wieder ihre alten Beschwerden, war also völlig ungeheilt. Die dritte Patientin wurde als „wenig gebessert“ entlassen. Die vierte konnte erst 5 Monate post operationem aus der Klinik austreten. (12 Tage post operationem Kotfistel, die sich später spontan schloss. Entlassung mit Bauchfistel. Rekonvalescenz gestört durch Lungen- und Darm-Erscheinungen.)

Bei der Durchsicht unserer nicht nachuntersuchten Fälle finden wir, dass von den 10 Fällen mit leichten Beschwerden 50 % als geheilt, 50 % als gebessert entlassen werden konnten. Von den Fällen mit grösseren Beschwerden konnte nur die Hälfte als wenig gebessert angesehen werden. Die andere Hälfte war völlig ungeheilt. Wir haben also schon ohne Nachuntersuchung kein günstiges Resultat erzielen können. Von den 14 nicht nachuntersuchten Fällen konnten nur 5 = 35,7 % beschwerdefrei die Klinik verlassen. Bemerken möchte ich zu diesem Resultat nochmals, dass fast alle vor der Operation voll arbeitsfähig gewesen sind.

Von den 36 nachuntersuchten Fällen kommen 18 auf die Gruppe, die mit geringen Beschwerden die Klinik aufsuchten. Man ersieht aus der nachfolgenden Tabelle, dass die Bauchfelltuberkulose gar nicht so selten ohne oder doch nur mit geringen Beschwerden vorkommt. Fast alle waren arbeitsfähig, kamen wegen Sterilität, Kreuz- oder Leibschmerzen in unsere Behandlung. Einige gaben nur an, seit der letzten Entbindung sei der Leib nicht recht dünner geworden, andere hatten Stuhl- und Blasenbeschwerden. Was konnte in diesen Fällen die operative Behandlung leisten?

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
1	Harnbeschwerden, Leib aufgetrieben, Schmerzen im Leib, Mattigkeit.	Rapide Entwicklung der Lungen- und Darmtuberkulose. Bauchdeckenfistel; 1 Jahr 4 Monate post operationem gestorben (allgem. Tuberkulose).
3	Wenig Beschwerden, vor 4 Monaten Fehlgeburt, seitdem Schmerzen im Unterleib, keine Abmagerung.	Sehr allmähliche Besserung bis zum völligen Wohlbefinden. Nachuntersuchung nach 9 Jahren und 4 Monaten.
4	Keine Beschwerden, geringe Abmagerung, $^1/_4$ Jahr zuvor starker Leib, der auf innere Mittel wieder dünner wurde.	Leib stärker, Schwäche, lange Eiterung der Bauchnarbe. Nach 8 Jahr. erst Gewichtszunahme, doch immer noch Beschwerden.
6	Nach Entbindung geringe Beschwerden, dann schwere Arbeit wieder möglich.	Sehr langsame Rekonvalescenz, Bauchnarbendiastase, Schmerzen bei schwerer Arbeit, Gewichtszunahme. Nach 5 Jahren und 6 Monaten nachuntersucht.
7	Sehr wenig Beschwerden, seit letzter Entbindung vor 9 Monaten Leib stärker geblieben und Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend, keine Abmagerung, kein Fieber.	Ascites kehrt wieder, Eiweiss im Urin, lange Zeit tuberkulöses Geschwür in der Narbe, Leibschmerzen. Sehr langsame Rekonvalescenz. Bauchnarbendiastase. Nach 8 Jahr. 7 Mon. nachuntersucht.
9	Schon als Kind Schmerzen im Leib u. Aufgetriebensein, jetzt keine Abmagerung. Stechende Schmerzen in der rechten Seite des Bauches.	Nachuntersuchung nach 8 Jahren 2 Monaten, ganz geringe Beschwerden.

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
11	Der früher starke Leib wurde durch warme Umschläge dünner; jetzt geringe Schmerzen beim Gehen. Seit 14 Tagen Leib wieder etwas stärker. Kräftige Frau.	Gestorben am 3. Tage nach der Operation an Sepsis.
14	Mässige Beschwerden seit der letzten Entbindung. Seit 3 Wochen Leib stärker. Husten, kein Fieber. Kräftige Frau.	Ascites kehrt wieder, Fieber, Bauchnarbeneiterung, die ein Jahr lang ärztliche Hilfe beanspruchte. Nachuntersucht nach 2 Jahren u. 5 Monaten.
19	Mässige Beschwerden. Seit 2 Monaten Schmerzen im Leib.	Tod am 2. Tage post operationem an jauchiger Peritonitis.
21	Keine Beschwerden, seit 1 Jahr Leib stark. Kräftige, etwas abgemagerte Frau.	Tuberkulöse Infektion der Bauchwunde, Herzschwäche, Ascites kehrt wieder, gestorb. nach 2 Monaten an Bauchwassersucht angeblich.
33	Voll arbeitsfähig. Ehe steril.	Nachuntersuchung 3 Jahre später. Voll arbeitsfähig. Ehe steril, keine Lungenerscheinungen.
34	Vor 4 Jahren Bauchfellenentzündung, Schmerzen im Unterleib, immer leichter Druck. Leib vorübergehend eingefallen, Stuhldurchfälle.	Nachuntersuchung 2 Jahre später, Bauchwunde 14 Tage nach der Entlassung vollständig aufgebrochen. Keine Schmerzen mehr auf der Brust, aber noch Husten mit Auswurf, objektiver Lungenbefund.
35	Leichte Schmerzen im Unterleib, Nachtschweise, leichter Lungenbefund.	Nachuntersuchung $^1/_2$ Jahr später, fühlt sich ganz wohl, keine Beschwerden; weilt in Dürrheim zur Kur (!).

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
36	Hat Lungen- und Brustfellentzündung gehabt. Klagt seit 2 Mon. über brennende Schmerzen im Leib, kommt wegen Sterilität in die Klinik. Das ganze Peritoneum mit Knötchen besetzt.	Nachuntersuchung $1^1/_2$ Jahre später. Rekonvalescenz sehr langsam. Konnte erst nach $^1/_2$ Jahr wieder volle Feldarbeit verrichten.
37	Kommt wegen Blinddarmreizung in die Klinik, sonst keine Beschwerden. Dünn- u. Dickdarm u. Peritoneum überall mit Knötchen besetzt.	Nachuntersuchung 6 Jahre später, war voll arbeitsfähig, hatte keinerlei Klagen. Abort, seitdem wieder Beschwerden.
38	Hat seit 8 Monaten leichte Schmerzen im Unterleib, wegen allgemeiner Schwäche u. Blässe vom Arzt geschickt.	Nachuntersuchung $2^1/_2$ Jahre später, hatte keinerlei Beschwerden.
39	Kein Husten, kein Auswurf, fühlt sich in den letzten 14 Tagen matt und hat stark abgenommen.	Nachuntersuchung nach $2^1/_2$ Jahren beschwerdefrei.
40	Seit 5 Wochen Schmerzen im Unterleib, ist aber voll arbeitsfähig.	Nachuntersuchung 5 Jahre später. Auf den Lungen nichts nachweisbar. Hatte erst zwei Jahre nach der Operation angefangen, zu menstruieren. Jetzt beschwerdefrei.

Das Resultat bei den Fällen der ersten Gruppe ist also folgendes: Von den 18 Patienten mit leichten Beschwerden vor der Operation, deren Nachuntersuchung auf $^1/_2$ bis $9^1/_3$ Jahre ausgedehnt werden konnte, sind 4 = 22,22 % gestorben, 2 im Anschluss an die Operation an Sepsis resp. an jauchiger Peritonitis; eine 2 Monate, eine nach $1^1/_3$ Jahren post operationem an Darm- und Lungentuberkulose. 4 = 22,22 % sind völlig ungeheilt, 7 = 38,8 % sind beschwerdefrei und 3 = 16,66 % gebessert, jedoch nicht voll arbeitsfähig. Also von den 18 Patienten, die vor der Operation arbeitsfähig waren, konnten später nur 7 ihre Tätigkeit in vollem Umfange nachgehen. Dies entspricht einem Heilungserfolg von 38,8 % bei den Fällen mit leichteren Beschwerden vor der Operation. In zwei Fällen war durch die Operation direkt der Tod bedingt und in 2 Fällen zeigten sich in unmittelbarem Anschluss an die Operation verstärkte Lungenerscheinungen tuberkulöser Art.

Diese Resultate bei den Fällen mit leichteren Beschwerden können durchaus keine glänzenden genannt werden, wenn man bedenkt, dass in solchen Fällen leichterer Art auch eine Spontanheilung eintreten kann, eine Ansicht, die schon vor König ausgesprochen war, auf die Pribram und Kaulisch aufmerksam machten und auf deren Richtigkeit, wie bereits oben erwähnt, auch die pathologischen Anatomen hingewiesen haben.

Die Resultate bei unseren leichteren Fällen erscheinen noch weniger befriedigend, wenn man bedenkt, dass ein grosser Teil von Patientinnen, die ante operationem arbeitsfähig waren, nach der Operation arbeitsunfähig resp. nicht voll arbeitsfähig blieben, abgesehen davon, dass mehr als ein Fünftel trotz und infolge der Operation zu Grunde ging.

Ein noch ungünstigeres Bild geben unsere 18 Fälle mit stärkeren Beschwerden v o r der Operation, die ich hier zunächst ausführlich folgen lasse.

Bemerken möchte ich noch, dass die Lungenuntersuchungen jedesmal von spezialistischer Seite (medizinische Klinik oder Poliklinik) vorgenommen wurde.

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
2	Seit 9 Wochen Abmagerung, Leibschmerzen, Fieber. Lungenbefund: l. h. o. Dämpfung; r. h. o. verlängertes Exspirium.	Anfangs Fieber und Leibschmerzen; Tod an Hömoptoë nach 4 Monaten.
5	Seit 2 Monaten Abmagerung, starker Leib, heftige Leibschmerzen, Blutbrechen, Harnmenge vermindert, Oedeme. Lungenbefund: Ueber der rechten Spitze spärliches Pfeifen. Nirgends Dämpfung.	Fieber, Verfall. Tod 14 Tage post operationem. Lungen ohne Befund. Verkäste Bronchial- und Bifurkationslymphdrüsen.
8	Vor 13 Jahren Bauchwassersucht. Seit 6 Monaten starke Abmagerung, aufgetriebener Leib, Fieber, Eiweiss im Urin. Lungen o. B.	Tod an jauchiger Peritonitis nach 20 Tagen. Tuberkulose der Lungen, der Tuben, der mediastinalen und retroperitonealen Lymphdrüsen.
12	Seit 5 Wochen sehr starker Leib, Harnbeschwerden. Lungenbefund: Ueber beiden Spitzen und über der linken Lunge ein blasiges Rasseln. Links hinten unten Schall verkürzt. Stimmfremitus aufgehoben.	Fieber, Ascites kehrt wieder. Tod nach $4^1/_2$ Monaten an tuberkulöser Meningitis und Pleuritis (nicht seciert).

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
13	Starke Abmagerung, nach Entbindung Leibschmerzen, starker Leib. Lungenbefund: l. h. o. und r. h. u. leichte Dämpfung, überall vesikuläres Atmen, r. h. u. abgeschwächtes Atmen, mit abgeschwächtem Stimmfremitus.	Bauchwunde platzt wieder auf, rascher Verfall, Fistel eitert, Tod an Kotfistel und Miliartuberkulose nach $2^1/_2$ Monaten.
16	Heftige Leibschmerzen und starker Leib, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen und Blasenbeschwerden, Supraclaviculargruben eingesunken, leichte Dämpfung in der rechten Fossa supraspinata, reines Vesiculäratmen.	Nachuntersuchung nach 2 Jahren, fortwährend Schmerzen im Leib. Bauchhernie.
17	Starke Leibschmerzen, starker Leib, Lungen o. B.	Fieber, Kotfisteln, starke Abmagerung, langsame Rekonvalescenz, nach 2 Jahren Allgemeinbefinden gut.
20	Abmagerung, Brustschmerzen, starker Leib, Husten, Schwäche. Auf den Lungen nichts nachweisbar.	Rezidiv etwa nach einem Jahr. Nach 1 Jahr 5 Monaten nachuntersucht. Gleiche Beschwerden.
41	Seit einem Jahr Kräfteabnahme, Darmerscheinungen, Husten, Auswurf, Nachtschweisse. Schmerzen in der Magengegend. Zur Zeit beschwerdefrei. Lungenbefund: Ueber beiden Spitzen Dämpfung, verstärktes Exspirium.	Rapide fortschreitende Phthise; ad internos verlegt. Tod nach $6^1/_2$ Monaten unter zunehmen-Lungenerscheinungen.

ıll	Vor der Operation	Nach der Operation
2	Durchfall, Urinverhaltung, schlechter Kräftezustand. Lungenbefund: Rechts Tympanie bis zur dritten Rippe, leichter bronchialer Katarrh, links bis zur vierten Rippe herab alte Verwachsungen, kein Katarrh. In beiden Spitzen alte, vielleicht auch neue Herde ohne katarrhalische Geräusche.	Ascites kehrt wieder, grosse Schwäche, Bauch- und Kotfistel. Tod unter Abmagerung mit starken Lungenerscheinungen nach 3 Wochen.
3	Hat starke Schmerzen im Unterleib seit 6 Monaten. Allmähliche Zunahme des Leibes. Lungenbefund: Keine Dämpfung, Atemgeräusch hinten unten etwas verschärft.	Schon nach 3 Wochen Leib wieder aufgetrieben, Ascites. Wiederaufnahme $2^1/_2$ Monate post operationem. Ueber beiden Spitzen leichte Dämpfung. Atemgeräusch über der rechten Spitze verschärft, besonders im Exspirium. Atemgeräusch über der linken Spitze, hinten abgeschwächt. Ueber beiden Lungen inspiratorisches und exspiratorisches Giemen. Untere Partien der rechten Lunge verschärftes Inspirium. R. vorne bis zum 3. Interkostalraum verschärftes Inspirium. L. vorne Atemgeräusch abgeschwächt bis zum 2. I. K. R. Von da ab verschärftes Atmen. 3 Monate später oft blutiger Stuhlgang, fast beständig bettlägerig. Tod nach $1^1/_2$ Jahren an Lungen- und Pleuratuberkulose.

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
44	Seit einigen Tagen Durchfall, zunehmendes Schwächegefühl, in der letzten Zeit faekulentes Erbrechen. Lungen o. B.	Nachuntersuchung 4 Jahre später. Es geht der Patientin gut.
45	Vor 3 Jahren Pleuritis, Schmerzen im Unterleib, Nachtschweisse, Gewichtsabnahme. Seit 4 Wochen starke Schmerzen im Unterleib. Lungenbefund: Ueber der rechten Spitze leichte Schallverkürzung, Rasseln, Stimmfremitus l. h. etwas stärker als rechts.	Nach der Operation zunehmende Veränderung an Lungen, ein halb Jahr später tot an Phthise.
46	Husten, Auswurf. starke Gewichtsabnahme, Fieber. Lungenbefund: l. h. o. Dämpfung bis zur Schultergrähte; r. h. o. bis zum 5. Prozessus spinosus. Ueber der übrigen Lunge verkürzter Schall; r. h. u. verschärftes In- und Exspirium mit feinem Rasseln und etwas Reiben; r. h. o. rauhes Exspirium, mittelblasige, z. T. klingende Rasselgeräusche; r. v. bis zur 4. Rippe Bronchialatmen mit reichlichem Rasseln, l. v. o. vereinzeltes Rasseln, Stimmfremitus r. h. u. abgeschwächt.	Nachuntersuchung 1 Jahr später, rapide fortschreitende Lungenerscheinungen. Befinden wesentlich verschlechtert.
47	Zunehmende Mattigkeit, seit einigen Monaten arbeitsunfähig. Lungen o. B.	Nachuntersuchung 5 Jahre später, noch nicht voll arbeitsfähig. Geringe Schallabschwächung über der linken Spitze.

Fall	Vor der Operation	Nach der Operation
48	Seit $1^1/_4$ Jahr bettlägerig, häufig Durchfall und Erbrechen. Lungen o. B.	Nachuntersuchung $2^1/_4$ Jahr später, Befinden schlechter als vor der Operation. Kräftezustand hat bedeutend abgenommen.
49	Viel Husten und Durchfall, zweimal wegen tuberkulösem Ascites operiert. Keine Gewichtsabnahme. Lungenbefund: Keine Dämpfung. Ueber der linken Spitze vereinzeltes Giemen, Stimmfremitus abgeschwächt.	Nachuntersuchung 7 Jahre später. Ist jedes Jahr wegen zunehmenden Ascites 4 bis 5 mal punktiert worden. Fühlt sich dabei leidlich wohl und ist arbeitsfähig (?).
50	Vor 4 Jahren Pleuritis. In den letzten Monaten häufig stärkere Schmerzen im Leib. Macht schwer-kranken Eindruck. Auf den Lungen nichts nachweisbar.	Nachuntersuchung nach $3^1/_2$ Jahren. Phthisis pulmonum, Leibschmerzen, Abmagerung. Lungenbefund: Atemgeräusch r. h. etwas leiser; in der rechten Fossa supraspinalis. Feinblasige Rasselgeräusche.

Für unsere Fälle, die mit grösseren Beschwerden in die Klinik eintraten, ergibt sich also folgendes Resultat: Innerhalb eines halben Jahres post operationem starben 8. Ein weiterer Fall ging nach $1^1/_2$ Jahren an Pleura-Lungen- und Peritonealtuberkulose zugrunde, d. h. trotz und nach der Operation kamen 50% der Patienten ad exitum. Hierbei ist zu bemerken, dass alle entweder an den Folgen der Operation oder an fortschreitender allgemeiner Tuberkulose starben. Nur 3 = 16,66% sind voll arbeitsfähig, also in klinischem Sinne geheilt worden.

Die übrigen 6 leben noch mit stärkeren oder geringeren Beschwerden; jedoch ist keine voll arbeitsfähig.

Wie verhielt sich nun bei diesen Fällen die Tuberkulose anderer Organe und welchen Einfluss hatte diese auf das spätere Schicksal der Frauen? Von den 18 Patienten dieser zweiten Gruppe hatten vor der Operation 10 eine nachweisbare Lungentuberkulose. Bei diesen hat die Tuberkulose bei 7 z. T. rapide Fortschritte gemacht, die bei 6 die direkte Todesursache war. Von den 8, die keine nachweisbare Lungentuberkulose hatten, bekamen 3 starke Lungenerscheinungen, die bei einer zum Exitus führten.

5 mal war die Peritonealtuberkulose gleichzeitig mit Lungen- und Pleuratuberkulose kombiniert. Hierunter einmal mit Blasenerscheinungen. 4 mal bestanden neben der Lungentuberkulose Blasenbeschwerden, die einmal durch Darmerscheinungen, einmal durch Pleuritis kompliziert waren. 4 mal zeigten sich Darmbeschwerden, einmal kombiniert mit Lungen- und Blasentuberkulose; in einem Falle war auf den Lungen kein tuberkulöser Herd nachweisbar.

Zeigten also unsere nachuntersuchten Fälle mit geringeren Beschwerden schon ein schlechtes Resultat im Sinne älterer Autoren, so ist das Ergebnis bei der zweiten Gruppe ein direkt ungünstiges zu nennen. Vor allem auffallend und für die Indikation zur Operation sehr wichtig ist die starke Mitbeteiligung der Lungen- und Pleuratuberkulose.

Welche Folgerungen ergeben sich nun aus unsern Fällen für die Indikation zur Operation und vor allem für die Frage der Operation überhaupt? Halten wir uns die Resultate unserer beiden Gruppen vor Augen, so muss man notwendigerweise zu dem Schluss kommen, dass die

Operation nicht imstande war, die auf sie gesetzten Hoffnungen zu erfüllen. Denn es ergab sich, um es noch einmal zusammenzustellen, folgendes Resultat:

I. Gruppe (mit leichten Beschwerden vor der Operation)

geheilt	38,8%
gebessert	16,6%
ungeheilt	22,2%
tot	22,2%

II. Gruppe (mit grösseren Beschwerden vor der Operation)

geheilt	16,6%
gebessert	11,1%
ungeheilt	22,2%
tot	50%

Notwendigerweise muss man zu dem Schluss kommen, dass nur solche Fälle der Operation unterzogen werden dürfen, die mit ganz geringen Beschwerden in unsere Behandlung kommen. Vor allem darf keine auch noch so geringe manifeste Tuberkulose irgend eines andern Organs vorhanden sein. Auch leichte Fälle, die frühere tuberkulöse Erkrankungen überstanden haben, sind auszuschliessen, da manchmal der latente Herd nach der Operation wieder manifest geworden ist. In gleicher Weise ist mit Patientinnen, die Temperaturerhöhungen aufweisen, zu verfahren. Fälle mit schweren Erscheinungen sind gänzlich der operativen Therapie zu entziehen, es sei denn, dass eine indicatio vitalis vorliegt. In solchen Fällen muss man natürlich zur Operation schreiten, dann aber in schonendster Weise für die Patientin unter Vermeidung der Inhalationsnarkose. Muss man sich aus diesen Gründen zur Operation entschliessen, so ist es u. E. nicht richtig, eine breite Eröffnung des Bauchfells vorzunehmen. Wissen

wir doch, dass ohne jede Verletzung des Darmes allein dadurch, dass die mit tuberkulösen Knötchen besetzten Därme mit der Bauchwand verwachsen, nachträglich eine Perforation des Darmes an dieser Stelle von aussen nach innen erfolgen und eine Kotfistel die Folge sein kann. Dies ist natürlich um so leichter der Fall, je grösser der Schnitt ist, je grösser also auch die mögliche Verwachsungsfläche. Wie gefährlich aber Kotfisteln für den weiteren Verlauf durch die direkte Gefährdung des Lebens sind, und wie sehr durch sie die Rekonvalescenz oft um Monate in die Länge gezogen wird, daraufhin braucht hier nicht besonders hingewiesen werden.

Darum halten wir es für richtiger, wenn möglich die Eröffnung des Peritoneums vom Douglas her vorzunehmen und sie nur bei verwachsenem Douglas durch die Punktion in der Linea alba zu ersetzen. Erscheint die Punktion nicht zweckmässig, oder muss aus diagnostischen Gründen eröffnet werden, um ein Carcinom auszuschliessen, dann soll stets nur eine kleinere, eben auszureichende Oeffnung angelegt werden.

In der letzt erschienenen Arbeit von Heimann-Breslau teilt der Verfasser glänzende Resultate mit. Seine Nachuntersuchungen gehen bis zu einer Dauer von zwei Jahren herunter. Er erzielte in 54% der Fälle „Heilung“; die übrigen 46% waren inzwischen verstorben. Der Verfasser schiebt keinen dieser Todesfälle auf die Operation, gibt jedoch bei keinem Fall die Todesursache an. Unserm Materiale entsprechend, darf man wohl annehmen, dass auch dort der grösste Teil später an Tuberkulose zugrunde gegangen ist, d. h. trotz und infolge der Operation ad exitum gekommen ist. In keinem der nachuntersuchten

Fälle will er ein Stehenbleiben oder gar ein Fortschreiten der Lungentuberkulose beobachtet haben. In direktem Gegensatz dazu stehen unsere Resultate; denn in nicht weniger als 41,7% konnten wir ein Fortschreiten der Lungenerscheinungen konstatieren. Heimann-Breslau behauptet auch nichts von Sepsis, Kollaps, Kotfistelbildung und ähnlichem gesehen zu haben. Ich habe die Fälle, die ausführlich in der Literatur veröffentlicht sind, hierauf-hin durchgesehen (unsere eigenen Fälle zähle ich hierbei nicht mit). Ich fand in 7,69% der Fälle Exitus im Anschluss an die Operation verzeichnet. Nach einem Jahre erreichte die Mortalität schon die Höhe von 29,23%. In 7,7% entstanden Kotfisteln, bei 16,92% Bauchfistel, einmal sogar eine Blasenfistel. In 9,2% der Fälle wurde bei der Operation der Darm angeschnitten. In 24,6% wird ein Fortschreiten der Lungentuberkulose gemeldet. Alle diese und auch unsere eigenen Erfahrungen widersprechen direkt den Angaben der Breslauer Klinik.

Da also die Peritonealtuberkulose auf Grund des pathologisch-anatomischen Materials nur selten den Tod des Individuums herbeiführt, so hängt fast in allen Fällen die Prognose wesentlich von dem Verhalten des primären Herdes ab. Daher bedürfen die Frauen mit Peritonealtuberkulose vor allem der gleichen diätetischen und sozialen Behandlung wie die mit Lungentuberkulose behafteten. Zuerst ist die Aufnahme in Lungensanatorien zu fordern, sofern hiervon noch ein Erfolg zu versprechen ist. Ebenso sind ihnen alle möglichen sozialen Erleichterungen zu verschaffen, die unsere moderne soziale Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte geschaffen hat.

Die Frage: Laparatomie oder konservative Behandlung?

ist natürlich bei dem geringen Material an konservativ behandelten Fällen vorläufig schwer zu entscheiden. Uebersieht man jedoch das Ergebnis unserer eigenen Fälle und das der Literatur der letzten 10 Jahre, so müssen wir sagen, dass die Laparatomie die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt hat, dass die Prozentzahl umgekehrt proportional der Beobachtungsdauer der Jahre sinkt; dass die primäre Mortalität, d. h. die Mortalität im ersten Halbjahr nach der Operation eine sehr grosse ist, dass die Zahl der Nichtarbeitsfähigen und die derjenigen, die verstärkte Lungenerscheinungen aufweisen, eine so grosse ist, dass wir die Probelaparatomie, abgesehen von den sie begleitenden unglücklichen Zufällen, wie Kot- und Bauchfistel, Sepsis usw. als souveraine Therapie nicht mehr anerkennen können.

Dass die Probelaparatomie bei der Behandlung der Peritonitis sicca absolut keine Erfolge aufzuweisen hat, ist wohl von den meisten anerkannt. In logischer Folge verwerfen fast alle bei diesen Fällen die Operation. Die Verletzungen der Därme und die später entstehenden Kotfisteln, die z. T. von dem Versuche, Verwachsungen zu lösen, herstammen, sind derartige Misserfolge, dass sie die ganze Therapie illusorisch machen.

Um zu einer endgültigen Beurteilung kommen zu können, wäre es sehr erwünscht, dass uns von den inneren Klinikern eine grössere Anzahl konservativ behandelnder Fälle zur Verfügung gestellt würden, die mindestens 4 Jahre lang beobachtet und nachuntersucht sind.

Aus dem gesamten mir zur Verfügung stehenden klinischen und pathologischen Material glaube ich, folgende Sätze aufstellen zu dürfen:

I. Die Peritonealtuberkulose ist eine bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich häufige Erkrankung, die stets sekundär ist und in erster Linie auf hämatogenem Wege im Sinne der Orth'schen Ausscheidungstuberkulose erst in zweiter Linie auf dem Lymphwege und als Kondakttuberkulose auftritt.

II. Die Peritonealtuberkulose führt so gut wie nie unmittelbar den Tod des Individuums herbei. Die Prognose hängt hauptsächlich von dem Verlauf der primären und der begleitenden tuberkulösen Erkrankungen ab.

III. Als geheilt dürfen nur diejenigen Fälle bezeichnet werden, die voll arbeitsfähig sind. Auch Todesfälle an Tuberkulose irgend eines anderen Organes, Fortschreiten einer bestehenden Tuberkulose sind als Misserfolge der Laparatomie anzusehen.

IV. Soll die Laparatomie überhaupt noch therapeutisch benutzt werden, so sind alle schweren Fälle, alle Fälle mit Lungenbefunden, alle die Temperaturerhöhung zeigen, sowie alle Formen der Peritonealtuberkulose mit Ausnahme der exsudativ serösen von der Operation auszuschliessen, d. h. der Laparatomie sollen nur die leichten, fieberlosen, exsudativ serösen Fälle von Peritonealtuberkulose unterworfen werden. Unter diesen Bedingungen können wir eventuell ein einigermassen günstiges Resultat erwarten, vorausgesetzt, dass in diesen Fällen nicht auch eine Spontanheilung eingetreten wäre. Denn nach unseren Erfahrungen dürfen wir sagen: Ist die Heilung einer operativ behandelten Peritonealtuberkulose erfolgt, so ist die Frage post hoc oder propter hoc noch lange nicht beantwortet. Wird operiert, so ist die Laparatomie durch die Kolpotmie eventuell durch wiederholte Punktion zu ersetzen.

IV. Die Veröffentlichung einer grossen Anzahl konservativ behandelter, mindestens 4 Jahre lang beobachteter Fälle ist nötig, um die so lange schon schwebende Frage zu lösen. Eventuell wird es dann erforderlich sein, auf die Behandlung der serösen Peritonealtuberkulose der inneren Klinik zurückzugehen.

VI. In sozialer Hinsicht sollen die Patienten mit Peritonealtuberkulose dieselben Vergünstigungen geniessen, wie die Phthisiker.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Hofrat Professor Dr. Krönig und Herrn Professor Dr. Pankow für die Ueberlassung des Materials und ihre gütige Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Ich lasse nunmehr die ausführlichen Krankengeschichten folgen.

1. W. Ida, Gutsbesitzersfrau, 35 J., aus Ulrichsberg. Aufg. 10. III. 1890.

Diagnose: Tuberculosis peritonei.

Operation: Laparatomie am 11. III. 1890.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. 1. Menstruation mit 15. J., regelmässig, 4 wöchentlich, mittelstark mit geringen Schmerzen. 7 normale Entbindungen, normale Wochenbetten. Jetzige Beschwerden: Harnbeschwerden, Stärkerwerden des Leibes, Schmerzen im Leib, starke Mattigkeit.

Status präsens: Sehr magere, wenig kräftige Frau. Herz und Lungen o. B. Im Abdomen ein aus dem kleinen Becken aufsteigender, bis zum Nabel reichender, elastischer, gar nicht beweglicher, unregelmässiger Tumor. Uterus, der vor dem Tumor liegt, o. B.

Therapie: Laparatomie. Reichlicher Ascites, Peritoneum überall mit Knötchen bedeckt, hyperämisch, verdickt, Darmschlingen in grosser Ausdehnung mit der Bauchwand verwachsen. Austupfen und Einjodoformieren der Bauchhöhle. Schluss der Wunde.

Anatomische und mikroskopische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Heilung der Wunde p. pr. Patientin erholt sich sichtlich. Entlassung am 5. IV. 90. Später nach und trotz Tuberkulininjektionen rapide Entwicklung der Lungen- und Darmtuberkulose. 6 Wochen nach der Entlassung Anfrischung und Naht einer Bauchdeckenfistel. Jetzt auf Anfrage keine Antwort. (Nachricht: gest. an Bauchfelltuberkulose im Juli 1891.)

2. Sch., Emilie, Handarbeitersfrau, 26 J., aus L.-Volkmarsdorf. Aufg. 18. I. 1890.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomia probatoria 14. II. 90.

Anamnese: Hereditär nicht belastet.

1. Menstruation mit 15 J. regelmässig, 4wöchentlich, 4tägig, schwach. Zwei normale Entbindungen. Vor 9 Wochen 3 Tage vor der Regel plötzlich Schmerzen im Leib, zugleich Anschwellung desselben. Vor 3 Wochen Durchfall. Seit der Verheiratung (vor 3 J.) weisser Fluss. In letzter Zeit Husten und Abmagerung.

Status präsens: Magere Frau, L. h. ob. Dämpfung, r. h. ob. verlängertes Exspirium, Leib stark kugelig aufgetrieben. Ueberall tympanitischer Schall, kein Ascites. Palpation etwas schmerzhaft. Portio nach hinten gerichtet, rings um den Uterus Resistenzen zu fühlen, in Narkose hinter dem Uterus Tumor zu fühlen, an dem er

fixiert ist, Tumor reicht bis in die Mitte des Abdomens hinauf. Im Sputum keine Tbc. Mässiges Fieber.

Therapie: Trotz Fieber Probeincision. Darm fest und flächenhaft mit der Bauchwand verwachsen. Es wird versucht präparando vorzudringen, da wird bemerkt, dass man Darmserosa abgelöst hat. Dieselbe wird wieder angenäht. Da auch nach Erweiterung der Bauchwunde ein weiteres Vordringen wegen allseitiger Verwachsungen nicht gelingt, so wird die Bauchhöhle geschlossen.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Anfangs noch Fieber und Schmerzen im Leib, bald Wohlbefinden und ohne Fieber. Entlassen am 9. III. 90.

Nachricht: Nach anfänglichem Wohlbefinden plötzlich Tod an Lungenbluten am 15. VI. 90.

3. M., Auguste, Handarbeitersfrau, 23 J. aus L.-Lindenau. Aufg. 6. IV. 91.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Pyosalpinx duplex, Retroversio uteri fixata.

Operation: Laparatomie 14. IV. 91.

Anamnese: Hereditär nicht nachweisbar belastet. Als Kind stets gesund, 1. Menstr. mit 15 J., 4 wöchentlich, 6 tägig, ohne Schmerzen. 1 Fehlgeburt im 4. Monat ohne Folgen am 10. XII. 90. Seit der Fehlgeburt Unterleibsschmerzen.

Status präsens: Grosse, schlanke, mässig genährte Pat. Herz, Lungen, Abdomen o. B. Uterus in Retroversionsstellung fixiert, Rechts neben demselben ein apfelgrosser, kugliger Tumor, links neben ihm ein teils aus Tube teils aus Ovarium bestehender Tumor, welcher sich wie ein Horn nach vorn zieht. Harn o. B.

Therapie: Laparatomie. Starke Blutung der Bauch-

decken. Das parietale Peritoneum ist flächenhaft mit dem Netz locker verwachsen, nach Lösung der Verwachsungen ergiesst sich Ascites (2—3 l) aus der freien Bauchhöhle, das ganze parietale und viscerale Blatt des Bauchfells ist übersät mit Knötchen verschiedener Grösse, Uterus und Adnexe überall verwachsen. Tuben in tuberkulöse Pyosalpingen verwandelt, deshalb bleiben die Genitalien unberührt. Geringes Betupfen des Bauchfelles mit Jodoform. Schluss der Bauchwunde.

Anatomische Diagnose: Periton. tuberculosa. Ueberimpfung auf Meerschweinchen ergibt: Tuberkulöse Affektion der Milz, des Bauchfelles und der retroperitonealen Lymphdrüsen.

Verlauf: Heilung der Wunde p. pr. Nach der Operation einige Tage Fieber, dann fieberfrei, keine Schmerzen, auch bei Betastung der Bauchdecke nicht, kein Ascites sehr gutes Allgemeinbefinden. Entlassen am 5. V. 91.

Nachrichten: 22. IX. 93. Aussehen gut. Anfangs nach der Operation heftige Kreuzschmerzen, die jetzt ganz verschwunden sind, keine Schmerzen im Leib, kein Ascites, Narbe fest. Jetzt Brennen beim Wasserlassen und Pruritus Vulvae. Menses begannen 8 Monate post operationem, nervöse Beschwerden dabei. Uterus retrovertiert und fixiert. Pat. kann mit Leibbinde alle Arbeiten verrichten. Gewichtszunahme 22 Pfd.

14. X. 94. im Frühjahr 93 Gelenkrheumatismus, keine Unterleibsbeschwerden, Pruritus Vulvae und Harnbeschwerden nicht mehr vorhanden. Bei den Menses keine nervösen Beschwerden mehr. Voll arbeitsfähig.

28. VI. 96. Brustschmerzen, Schmerzen beim Sitzen, Beschwerden beim Wasserlassen, alles seit 14 Tagen.

Narbe fest. Corpus uteri sehr empfindlich, über die Lunge nichts sicher Abnormes nachzuweisen. Vollständig arbeitsfähig.

23. VIII. 1900. Blühendes Aussehen, keinerlei Beschwerden, Bauchnarbe fest, voll arbeitsfähig, Körpergewicht 63 kg.

4. St., Luise, Kassierersfrau, 30 J., aus Amerika bei Penig. Aufg. 16. VII. 91.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Pseudotumoren, Pyosalpinx bilat. tubercul.

Operation: Laparatomie 24. VII. 91.

Anamnese: Eltern gesund, 2 Geschwister an Schwindsucht gestorben. Als Kind Masern. 1. Menstruation mit 15 J. regelmässig, 4 wöchentlich, 4—5 tägig, mit Kreuzschmerzen, 6 Entbindungen, zuletzt Forceps Sept. 1888. 4 Kinder leben. Vor 11 Wochen wegen Pleuritis sicca in Behandlung des Herrn Dr. H. dabei auch sehr starker Leib, der nach 8 Tagen wesentlich zurückging. Vom Arzte wurde P. hierhergeschickt, weil eine innere Geschwulst nicht zurückging. P. hat keine Beschwerden, ist in letzter Zeit etwas abgemagert.

Status präsens: Kleine, schwächliche, anämische P. Ueber beiden Lungenspitzen verschärftes Atmen, keine Geräusche, keine Dämpfung. Herz o. B. Beim Palpieren der Bauchdecken hat man das unbestimmte Gefühl einer Resistenz, kein Ascites nachzuweisen. Uterus o. B., rechts von ihm ein deutlich abgrenzbarer, etwas beweglicher, mannskopfgrosser Tumor, links ein apfelgrosser, knolliger, derber, fast unbeweglicher Tumor. Harn o. B.

Therapie: Laparatomie. Starke Blutung der Bauchdecken. Das morsche Netz in ganzer Ausdehnung mit

der Bauchwand verwachsen, auch das Colon ascendens der Richtung des Längsschnittes entsprechend mit der Bauchwand verwachsen. Mit Mühe wird die Bauchhöhle eröffnet. Geringer Ascites, Darm, Bauchwand, Netz, Beckenorgane dicht besetzt mit ganz kleinen Knötchen. Austupfen der Bauchhöhle, Einpudern mit Jodoform. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Pyosalpinx tuberculosa.

Verlauf: Ganz geringe Schmerzen, kleine Bauchdeckeneiterung, die bald heilt. Innere Untersuchung am 19. VIII. 91. Beide Tuben weniger verdickt, noch verwachsen. Der Leib hat wieder an Umfang zugenommen, ohne dass Ascites deutlich nachweisbar wäre. Wohlbefinden. Entlassung am 19. VIII. 91. Wiederaufnahme am 10. XI. bis 12. XI. Untersuchung in Narkose zeigt einen weiteren Fortschritt der Besserung. Klagen über Mattigkeit und Stuhlverstopfung.

Nachrichten: 22. X. 95. Witwe geworden, soziale Sorgen, ab und zu Kreuzschmerzen und Stechen im Leib, kein Husten. R. h. ob. Schallverkürzung, verlängertes und verschärftes Exspirium, knackende Geräusche. Bauchnarbe hat zu Hause noch lange geeitert, 2 kleine Fascienlücken, P. trug 3—4 Jahre Leibbinde. Kein Ascites. Menses regelmässig, 3 wöchentlich; post operationem nicht arbeitsfähig, jetzt jedoch kann Pat. alle Arbeit verrichten. Körpergewicht 105 Pfd.

16. VIII. 1900. Befinden bisher leidlich, doch viel Kopf- und Rückenschmerzen, zuweilen Schmerzen beim Wasserlassen und beim Stuhlgang, vonseiten der Bauchnarbe keine Beschwerden, Weihnachten 1899 plötzlich

grosser Blutverlust (Abort?), danach längere Zeit grosse Schwäche, jetzt leidlich kräftig, so dass P. häusliche Arbeit verrichten kann. Körpergew. 113 Pfd. (+ 8).

5. L., Clara, 21 J., aus Ruttloff bei Chemnitz. Aufg. 24. XI. 91.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomia probatoria 28. XI. 91.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern, Scharlach, Blattern. 1. Menstruation mit 16 J. 4 wöchentlich, 8tägig von wechselnder Stärke. Zwei normale Entbindungen, beide Kinder starben in den ersten Lebenswochen an Schwäche. Nach der letzten Entbindung Mai 91 blieb der Wochenfluss 8 Wochen lang blutig (P. stillte). Mitte Oktober 91 zum 1. Mal wieder regelrechte Menses. 14 Wochen nach der letzten Entbindung Stärkerwerden des Leibes, Schmerzen in der Magengegend. Mitte September plötzlich 4 Mal Blutbrechen. Von nun an erhebliche Zunahme des Leibesumfanges, heftige Schmerzen im Leib, Harnmenge vermindert, Oedeme der unteren Extremitäten, keine Dyspnoe, kein Herzklopfen.

Status präsens: Kleine, abgemagerte Frau, die sich nur mit Mühe auf den Beinen erhalten kann. Herz nach rechts verbreitert. 2. Pulmonalton deutlich accentuiert, Hochstand des Zwerchfells. Ueber der rechten Spitze spärliches Pfeifen, nirgends Dämpfung. Leib sehr stark, halbkugelig aufgetrieben, Nabel verstrichen, grösster Umfang 99 cm., unterhalb des Proc. ensiformis Druckempfindlichkeit, mässig pralle Spannung der Bauchdecken, deutliche Undulation. Auf der Höhe des Tumors Dämpfung, die sich nach den Seiten hin aufhellt. Starke Schwellung der Inguinaldrüsen. Vorderes Seitengewölbe stark herab-

gedrängt, hinter dem Uterus ein derber knolliger Tumor. Harnmenge vermindert, Harn enthält Blut.

Verlauf: 27. XI. Puls 110, Temp. 37,9, sehr heftige Leibschmerzen, starke Atemnot, Stauungskatarrh des Magens, Erbrechen jeglicher Nahrung. Daher

Therapie: Laparatomie 28. XI.

Peritoneum freigelegt, Entleerung einer hellgelben, sehr eiweissreichen Flüssigkeit. Netz bis hinter die Leber retrahiert und knollig verdickt. Ebensolche Knollen auf Magen, Leber und Mesenterium. Bauchhöhle wird sorgfältig ausgetupft und geschlossen.

Verlauf: 28. XI. Ab.-Temp. 39,9, Puls 132, während der folgenden Nacht Temperaturabfall. 4. XII. Wunde p. pr. geheilt. Andauerndes Erbrechen, wieder dauernd Temperatursteigerungen. 5. XII. 2 lebende Ascariden erbrochen. Heftigste Schmerzen in der Magengrube. 12. XII. Exitus letalis.

Sektion: (Herr Dr. Schmorl) Zwerchfell mit zahllosen, grauweissen, linsengrossen Knötchen übersät. Herz ganz schlaff, rechter Ventrikel hypertrophiert. Lungen o. B., eine verkäste Bronchialdrüse. Starke Struma. In der Nähe der Bifurkation verkäste Lymphdrüsen. Darmschlingen mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Durchschnitt durch die Bauchnarbe zeigt keine Veränderung des Gewebes. Hier und da auf dem Peritoneum parietale kleine, von schwarzen Ringen umgebene Knötchen. Im kleinen Becken eine grössere Menge bernsteingelber fibrinhaltiger Flüssigkeit. Dünndarmschlingen und Netz zu einem kindskopfgrossen Knäuel verwachsen. Besonders die unteren Ileumsschlingen sind mit zahlreichen etwa hirsekorngrossen, erhabenen Knötchen bedeckt. Darmwand verdickt, Lumen

überall durchgängig, zwischen Serosa und Muskulatur einzelne verkäste Knoten. Die untere Fläche des Magens mit dem Darm zu einem knolligen Tumor verwachsen, Magenwand, besonders Muskularis stark verdickt. Uterus und Adnexe in ein schwieliges Gewebe eingemauert, Tuben stark geschlängelt und verdickt, das Perimetrium mit zahlreichen Knötchen bedeckt. Retroperitoneale Lymphdrüsen bis zu Taubeneigrösse vergrössert, markweich, zahlreiche submiliare Knötchen in ihrem Gewebe.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

6. Kr. Wilhelmine, Dienstmädchen, 24 J., aus Ritzau. Aufg. 17. XII. 91.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.
Operation: Laparatomie 27. 1. 92.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern. Menstruation mit 15 J., später regelmässig, 3wöchentlich, 4tägig, ohne Schmerzen. Seit der letzten Entbindung noch nicht wieder menstruiert. Zwei Entbindungen, bei der ersten Dammriss (genäht), bei der zweiten Credé nötig. 10 Tage nach der zweiten Entbindung 4 Wochen anhaltendes Fieber, Wochenfluss angeblich 8 Wochen lang blutig, jetzt gelblicher, übelriechender Ausfluss. Als schwere Arbeit wieder aufgenommen wurde, Schmerzen im Leib, Stuhlverstopfung.

Status präsens: Kleine, mässig genährte Frau. Ueber der linken Lungenspitze feuchte Rasselgeräusche. Herz o. B., Leib mässig gespannt, in den unteren Teilen, besonders rechts, druckempfindlich. Nichts Abnormes zu tasten. Portio nach rechts oben bis zur Höhe des horizontalen Schambeinastes verlagert, nach oben läuft sie aus in einen birnengrossen, rechts der Mittellinie gelegenen,

ziemlich derben, wenig beweglichen, empfindlichen Tumor; bei Druck auf den Tumor bewegt sich Portio mit. Harn o. B.

Verlauf: Remittierendes Fieber, Bettruhe, Umschläge. Schmerzen dauern an. Jodanstrich der Scheide. Temperatur fällt, Massage. Untersuchung in Narkose: Uterus dextrovertiert mit einem faustgrossen, etwas beweglichen Tumor verwachsen.

Therapie: Laparatomie, keine stärkere Blutung, kein Ascites. Netz mit dem Darm und der vorderen Bauchwand locker verklebt, Darmserosa mit eben sichtbaren, bis linsengrossen, teils blassrosaen, teils grauweissen Gebilden bedeckt, die Flocken geronnener Milch ähneln. Sie sind von lockerer Konsistenz, aber nur mit Gewalt von der Unterlage abzulösen. Auf dem Uterus und im Douglas sind die Knötchen intensiv gerötet. Uterus dextrovertiert, etwas vergrössert, mit der stark verdickten rechten Tube und mit einem Knäuel Darmschlingen zu einem Konvolut verwachsen. Linke Tube auch geschlängelt und verdickt. Austupfen der Bauchhöhle mit wenig Jodoform. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa: Sektion eines infizierten Meerschweinchens ergibt: erhebliche Vergrösserung der Mesenterialdrüsen, zahlreiche käsige Herde in Milz und Leber.

Verlauf: Fieber, Kopfschmerzen, nach 1,0 Antipyrin diffuses, stellenweise vesikulöses Exanthem. Stichkanaleiterung, unteres Wunddrittel platzt wieder auf und eitert. Einige Tage lang Angina catarrhalis, Sekundärnaht des unteren Wunddrittels in Narkose. Ab und zu Abends Fieber. Mit einer kleinen Granulationsstelle entlassen am 8. III. 92. Am 19. 4. 92 stellt sich P. wieder vor. All-

gemeinbefinden gut, noch etwas Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Tumor im Parametrium erscheint etwas beweglicher und weniger empfindlich. Kein nachweisbarer Ascites. Noch nicht wieder menstruiert. Leibesumfang 81,5 cm.

Nachrichten: 29. III. 93. Gutes, frisches Aussehen, etwas Schmerzen in der linken Seite bei schwerer Arbeit. Bedeutende Diastase der Bauchnarbe, deshalb noch Tragen einer Leibbinde notwendig. Rechts neben dem Uterus nicht gut abgrenzbarer Tumor, der aber viel kleiner ist als früher. Menses o. B. Während der Menstruation Schwindel und Nachtschweisse. Arbeitsfähigkeit in vollem Masse vorhanden. Bedeutende Gewichtszunahme.

18. II. 94. Unregelmässige Menses, zuweilen Schmerzen im Kreuz, sonst Wohlbefinden, trägt keine Leibbinde mehr. Vollkommene Arbeitsfähigkeit.

24. VI. 94. Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz. Stechen und Drücken beim Wasserlassen, seit 14 Tagen Ausfluss. Menses 5 wöchentlich, 10 tägig, reichlich mit grossen Schmerzen.

13. X. 95. Noch immer heftige Schmerzen vor der Regel in der linken Seite und öfters Harnbeschwerden. Uterus dextrovertiert, rechte Adnexe emfindlich, nicht isolierbar, linkes Parametrium o. B. Immer noch arbeitsfähig.

Seit 3. VII. 97 verheiratet.

7. Schl., Frida, Heizersfrau, 36 J., aus L.-Lindenau. Aufg. 11. I. 92.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie 26. I. 92.

Anamnese: 1 Schwester lungenleidend. Als Kind Masern, Scharlach. 1. Menstruation mit 15 Jahren, regel-

mässig, 4 wöchentlich, 3 tägig, ohne Schmerzen, seit der letzten Entbindung 10—12 tägig sehr stark. 8 Entbindungen, darunter 4 Mal Forceps, zuletzt am 20. III. 91 mit manueller Placentarlösung. Wochenfluss blieb 10 Wochen lang blutig und wurde zuletzt übelriechend. Seit der letzten Entbindung Scnmerzen in der rechten Unterbauchgegend, Stuhlverstopfung, der Leib blieb stärker, keine Abmagerung.

Status präsens: Kleine, schwächliche Pat. Herz und Lungen o. B. Schlaffe Bauchdecken, aufgetriebenes Abdomen. An der Portio flache Erosion, Uterus retrovertiert, etwas vergrössert, sinistroponiert; links daneben ein hühnereigrosser derber Tumor, rechtes Ovarium unbeweglich, höckerig vergrössert. Im Harn viel Eiweiss. Kein Fieber.

Therapie: Laparatomie. Auffallend starke Blutung. Entleerung einer grossen Menge Ascites. Das ganze Peritoneum übersät mit kleinen blassblauroten Knötchen. Darmschlingen untereinander und mit dem Netz verklebt. Bauchhöhle mit wenig Jodoform ausgewischt, hartnäckige Blutung der durch das Auswischen gelösten Verwachsungsstellen. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Anfangs Fieber, 3 Stichkanaleiterungen, keine Schmerzen. Entlassung am 19. II. 92, Untersuchung hierbei, kein Fieber, keine Schmerzen, Uterus retroflektiert, fixiert, im linken Parametrium eine höckerige schmerzhafte Resistenz. Perkussorisch Wiederansammlung von Ascites nachweisbar. Stuhlverstopfung, Eiweiss im Urin. Körpergewicht 71 1/4 Pfund.

10. IV. 92. P. kommt noch immer zum Verbandwechsel. Den 3 Stichkanälen, die früher eiterten, ent-

sprechend zeigen sich flache bis zu markstückgrosse Geschwüre mit schmieriggrauem Grunde, schlaffen Rändern, und Granulationen, mit mässiger Sekretion. Schmerzen im Leib, die aufgehört hatten, sind an der rechten Seite wieder aufgetreten, doch ist P. etwas kräftiger. Körpergewicht 80 Pfund. Keine Zunahme des Leibesumfangs. Nicht wieder menstruiert. Harn ziemlich stark eiweisshaltig. Innere Untersuchung ergibt etwa dieselben Verhältnisse wie früher.

Nachrichten: 29. III. 93 Aussehen gut. Schmerzen in der rechten Bauchseite, beim Liegen auf der linken Seite. Diastase der Bauchnarbe. Geschwür geheilt. Uterus vergrössert, rechts neben ihm eine nicht abgrenzbare, etwas empfindliche Resistenz. Menses jetzt regelmässig, 3 wöchentlich, 8—10tägig, stark. Oftmals Schwindel. Voll arbeitsfähig. Gewicht 90 Pfund.

15. X. 94. Nach schwerer Arbeit Schmerzen in der linken Seite, muss Leibbinde tragen, Menses wie früher. Oefters Schwindel und Mattigkeit. Sonst Wohlbefinden. Gewicht 90 Pfund.

15. X. 95. Arzt gebraucht wegen Schwindelanfälle, geringer Husten, wenig Appetit, Tragen der Leibbinde immer noch notwendig, weil sonst Schmerzen. Bauchnarbe klafft im unteren Drittel, Hernie. Im linken Parametrium druckempfindliche Resistenz. Menses wie früher, viel Schwindel dabei. Voll arbeitsfähig (u. a. Maschinennähen). Gewicht 97 Pfd.

21. XIII. 1900. Nirgends Schmerzen, kein Husten, Bauchnarbendiastase unverändert. Menses bestehen nicht mehr, Appetit gering, Ernährungszustand gut, immer noch Gefühl von Schwindel.

8. Schm. Wilhelmine, Bauersfrau, 37 J., aus Neu-Zschau bei Greiz. Aufg. 24. IX. 92.

Diagnose: (klin.) Kystoma ovarii.

Operation: Laparatomia probatoria am 7. X. 92.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, als Kind Masern, Scharlach, Nervenfieber. Vor 13 Jahren Bauchwassersucht. 1. Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig, 4wöchentlich, 3tägig, schwach mit Kreuzschmerzen, zuletzt vor 14 Tagen. 3 normale Entbindungen, letzte vor 15 Jahren. Seit 6 Monaten Anschwellung des Leibes und Schmerzen im Kreuz, Harn und Stuhlbeschwerden. Gehen erschwert, vor 6 Wochen Punktion von $1^1/_2$ Liter Ascites, starke Abmagerung.

Status präsens: Grosse magere Frau, Herz nach rechts vergrössert, Töne rein. Lungen o. B. Leib stark aufgetrieben. Bauchdecken fettarm, gespannt, Nabel verstrichen, Inguinaldrüsen derb und vergrössert. In der Mitte des Leibes ist der Perkussionsschall gedämpft, ebenso in den abhängigsten Partien. Uterus o. B. durch unbestimmten Tumor nach vorn gedrängt. Im Harn etwas Eiweis, Fieber.

Therapie: Laparatomia probatoria. Peritoneum stark verdickt. Grosse Mengen gelblicher klarer Flüssigkeit, abgesackte Höhlenbildung, die nirgends mit der eigentlichen freien Bauchhöhle kommuniziert, die Wände der Höhle schmutzig-grau und uneben. Nach Erweiterung des Schnittes nach oben werden auch die unter sich und mit dem Peritoneum parietale verwachsenen Darmschlingen sichtbar. Drainage nach der Scheide. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Durch Drain entleert sich reichliche seröse Flüssigkeit. Temperatur steigt an, täglich zwei Aus-

spülungen der Höhle mit Lysol, Bauchwunde platzt wieder auf, so dass man durch sie hindurchspülen kann. Puls wird klein und frequent. Bäder. Ausfluss wird übelriechend. Exitus letalis am 27. X. 92.

Sektion: Jauchige tuberkulöse Peritonitis, Tuberkulose der Tuben, der Lunge, der mediastinalen und retroperitonealen Lymphdrüsen.

9. A. Sidonie, 20 J. alt, aus Leipzig. Aufg. 21. VI. 92.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie 25. VI. 92.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, sonst immer gesund. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig 4wöchentlich, 2—3 tägig, ohne Schmerzen. Bisher keine Schwangerschaft. Schon als Kind Schmerzen im Leib und Aufgetriebensein desselben, Harndrang und Harnverhaltung. Jetzt nur stechende Schmerzen in der rechten Seite des Bauches.

Status präsens: Mittelgrosse, gut genährte Patientin. Herz und Lungen o. B. Bauchdecken straff, nichts Abnormes zu fühlen. Uterus vorn, klein, leicht beweglich, Harn o. B.

Therapie: Laparatomie. Blutung gering, Abfliessen von etwa 250 ccm einer dünnflüssigen, gelblichen, kleinste Flöckchen enthaltenden Flüssigkeit, die sehr eiweissreich ist. Nirgends Verwachsungen, Stränge etc. Nur rechte Tube und Ovarium leicht verklebt. Peritoneum überall mit stecknadelkopfgrossen, unregelmässig zerstreuten, blassrötlichen und grauweisslichen Knötchen bedeckt, nur wenig mehr als normal gerötet. Bauchhöhlenflüssigkeit erstarrt beim Kochen. Uterus an normaler Stelle, beide Tuben fingerdick, unregelmässig geschlängelt, gleichfalls mit

Knötchen besetzt. Linkes Ovarium klein, o. B., an Stelle des rechten ein apfelgrosses, zur Hälfte subserös entwickeltes Kystom. Entfernung der rechten Tube und der Cyste. Austupfen der Bauchhöhle mit Jodoformschwamm. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Kystoma ovarii.

Verlauf: Am Abend des Operationstages über 38° Fieber. Kein Husten, kein Erbrechen. Bauchwunde heilt p. pr. bis auf eine 2—3 cm lange granulierende Stelle. Feuchter, später trockener Verband. Entlassung am 16. VII. 92. Untersuchung hierbei ergibt: Die kleine Granulation secerniert nur noch sehr wenig. Uterus vielleicht ein wenig retroponiert. Parametrien nicht deutlich abzutasten. Keine Druckempfindlichkeit, keine grösseren Resistenzen, kein nachweisbarer Ascites, blühendes Aussehen.

Nachricht vom 22. VIII. 1900: Allgemeinbefinden gut, kein Husten, kein Auswurf, nirgends Schmerzen, keine Harnbeschwerden, nur ab und zu beim Husten, Niessen, Lachen etc. unwillkürlicher Abgang von etwas Urin. Periode ziemlich regelmässig, hierbei aber stets starke Unterleibsschmerzen und ab und zu Erbrechen. Zuweilen schleimiger Ausfluss. Appetit und Stuhl regelrecht. Körpergewichtszunahme 64 kg. Bisher keine Schwangerschaft. Grosse Reizbarkeit.

10. H. Lina, Arbeitsfrau, 30 J. Aufg. 24. X. 92.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomia probatoria am 5. XI. 92.

Anamnese: Mutter an Krebs, Vater und ein Bruder an Tuberkulose gestorben, als Kind Skrophulose. 1. Men-

struation mit 18 Jahren, regelmässig, 4wöchentlich, 3tägig, ohne Schmerzen. Seit Ende Juni 92 hat die Regel ausgesetzt und ist erst vor etwa 8 Tagen wiedergekommen in der gewöhnlichen Weise. 1 Entbindung vor zwei Jahren, Forceps, normales Wochenbett. Kind lebt. Schon als Mädchen hat P. immer einen aufgetriebenen Leib gehabt. Seit 10 Wochen ist der Leib stärker geworden, dazu Schmerzen in der Blasengegend. Durch Verabreichung innerer Arzneimittel ist der Leib beträchtlich zurückgegangen. Keine Atembeschwerden, jetzt keine Harnbeschwerden.

Status präsens: Schlecht genährte anämische Frau. Herz und Lungen o. B. Leib mässig aufgetrieben. Man fühlt deutlich im unteren Teil des Bauches und im kleinen Becken grossknollige Tumoren, die miteinander zusammenzuhängen scheinen. Ascites nicht nachweisbar. Perkussionsschall in den oberen Partien des Bauches tympanitisch, unterhalb des Nabels gedämpft. Portio normal, Uterus anteflektiert, gegen die fühlbaren Tumoren nicht abzugrenzen. Harn o. B.

Therapie: Laparatomia probatoria. Ganz geringer Ascites. Darmschlingen zu einem Konvolut mit einander verwachsen, Peritoneum verdickt, trübe, mit grauweissen Knötchen bedeckt. Eine Lösung der Verwachsungen unausführbar. Es konnte nur eine fibrinöse Schwarte entfernt werden. Auswischen der Bauchhöhle mit Jodoformtampons. Schluss der Wunde.

Verlauf: Heilung der Wunde p. pr. Am 23. XI. aufgestanden. Am 26. XI. 92 entlassen.

Nachricht: Zur Zeit ist Patientin nicht zu ermitteln (amtlich).

11. Sch., Lina, 34 Jahre, Zimmermannsfrau aus Linda bei Freiberg. Aufg. 17. VII. 94.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa. Pyosalpinx.

Operation: Laparatomie am 25. VII. 94.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind zweimal Masern. Menstruation mit 17 J. regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, keine Schmerzen. 3 normale Entbindungen. Ostern 94 war der Leib stark geschwollen, geringe Leibschmerzen, Gefühl einer Geschwulst im kleinen Becken. 4 Wochen Bettlage und warme Umschläge, der Leib danach wieder dünner, nur beim Gehen noch geringe Schmerzen. Seit 14 Tagen Leib wieder stärker, mässige Leibschmerzen, ganz geringe Harnbeschwerden.

Status präsens: Kräftige Frau. Lunge und Herz o. B. Bauchdecken schlaff, alte Striae. Nabel verstrichen, Inguinaldrüsen rechts etwas geschwollen. Im Abdomen links ein kindskopfgrosser, höckeriger, beweglicher Tumor, der sich vom Uterus nicht deutlich abgrenzen lässt. In Narkose: Adnexe nicht deutlich fühlbar. Im Abdomen mehrere derbe Knollen, bosonders im kleinen Becken. In der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel ein zweifingerbreiter Strang zu fühlen. Harn o. B.

Therapie: Laparatomie. Das in eine dicke Schwarte verwandelte Netz ist mit dem Peritoneum parietale vollkommen verlötet, doch lassen sich die Verwachsungen leicht lösen. Die ganzen Dünndarmschlingen sind gleichfalls ausgedehnt miteinander verwachsen. Ihre Serosa ist mit grösseren und kleinen Knoten bedeckt. Die Veränderungen sind am stärksten ausgeprägt in der Gegend des Proc. vermiformis und im Douglas. Mit vieler Mühe werden die Verwachsungen halb stumpf, halb scharf ge-

löst. Die Blutung ist gering, wird mit Thermokauter gestillt. Man lässt die Sonne in die Bauchhöhle scheinen, tupft dieselbe aus und schliesst die Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Kein Erbrechen, spontane Urinentleerung. Im Laufe der nächsten Tage Puls weich, frequent, flatternd. Kampfer. Temperatur steigt immer mehr an. Am 27. VII. ist P. benommen, Temperatur früh 40,2, Pupillen starr, verschieden weit. Exitus letalis 10 Uhr vormittags. Keine Sektion.

12. B., Ida, 30 J., Gutbesitzersfrau. Aufg. 9. IX. 95.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Tuberculosis Pulmonum.

Operation: Laparatomia probatoria am 11. IX. 95.

Anamnese: Mutter und 2 Geschwister an Tuberkulose gestorben. In der Jugend stets gesund. 1. Menstruation mit 18 Jahren, anfangs unregelmässig. Seit dem 20. Jahr regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, mittelstark, im Mai 94 zum letzten Mal. 2 Entbindungen, letzte 22. XI. 95, danach 4 Wochen Bettlage. Seit 5 Wochen stark geschwollen, zuweilen Harnbeschwerden.

Status präsens: Anämische gracile Frau. Herz o. B. Ueber beiden Lungenspitzen und über der ganzen linken Lunge feinblasiges Rasseln. L. h. unt. Schall verkürzt, Stimmfremitus aufgehoben. Abdomen kugelig aufgetrieben. Nabel leicht hervorragend. Bauchaortenpulsation deutlich sichtbar. In Rückenlage überall tympanitischer Schall. In Seitenlage sind die entsprechenden seitlichen Partien des Bauches leicht gedämpft. Ein Tumor ist nicht zu fühlen. Zwischen beiden Mammillarlinien zeigt der ganze Bauch Fluktuation, nach aussen von demselben jedoch

keine Fluktuation. Milz und Leber sind nicht vergrössert. Inguinaldrüsen etwas geschwollen. Untersuchung der Genitalien ergibt nichts besonderes. Harn o. B.

Therapie: Probelaparatomie. Peritoneum stark verdickt und überall dicht mit Knötchen besetzt. Sehr reichlicher Ascites. Auch Genitalorgane dicht mit Knötchen bedeckt. Netz erheblich verdickt. Trockenlegen der Bauchhöhle. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Kein Erbrechen. Temperatursteigerung bis 39,9°. Spontane Urinentleerung. Am folgenden Tage Temperaturabfall, prima réuino. Am 1. X. Entlassung: Wohlbefinden. Ascites wieder vorhanden, wenn auch geringer. Narbe fest.

Nachricht: Gestorben am 10. XI. 96 an Brustfell- und Hirnhauttuberkulose (amtlich).

13. T., Bertha, Dienstmädchen, 24 J., aus Eilenburg. Aufg. 13. VII. 97.

Diagnose: Tuberculosis pulmonum et genitalium, Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomia Salpingoophorectomia bilateralis 23. VII. 97.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. In der Jugend Masern, Halsleiden. Mit 20 Jahren Entzündung und Schwellung des rechten Handgelenkes und rechten Ellenbogengelenkes, durch Einreibungen Heilung. 1. Menstruation mit 18 J. unregelmässig, von verschiedener Dauer, meist schwach, zuletzt vor 14 Tagen. 1 normale Entbindung (Febr. 96), Kind gesund, am 13. Tage des Wochenbettes Brustfellentzündung. Seit dieser Zeit bald Stärkerwerden des Leibes, bald Abschwellen desselben, Stuhlverstopfung,

Beschwerden beim Wasserlassen, sehr unregelmässige Menses mit wenig Blutabgang. Wenig Husten und Auswurf. Starke Abmagerung.

Status präsens: Sehr magere P. Supraclavikulargruben beiderseits eingesunken. L. h. o. leichte Dämpfung, ebenso r. h. unten. Ueberall V. A.; r. h. unten abgeschwächtes Atmen mit abgeschwächtem Stimmfremitus. Herz o. B. Leib stark aufgetrieben, alte und neue Striae. Abhängige Teile des Abdomens geben tympanitischen Schall. Gegend zwischen Nabel und Spin. ant. sup. beiderseits gedämpft. Kein Schallwechsel. Im Gebiet der Dämpfung deutliche Fluktuation. Keine Tumoren, keine Resistenz zu fühlen. Harn und Uterus o. B.

Therapie: Laparatomie. Das ganze Peritoneum, auch im kleinen Becken, mit zahlreichen Knötchen besetzt, es fliesst eine beträchtliche Menge Ascites ab. Beiderseits Entfernung von Tuben und Ovarien. Austupfen, Schluss der Wunde.

Verlauf: Bauchwunde platzt in der Mitte wieder auf wegen starker Sekretion seröser gelblicher Flüssigkeit (Ascites) häufiger Verbandwechsel. Anfangs Fieber, vom 14. VIII. nicht mehr. Dargereichter Kreosot-Lebertran wird nicht vertragen. P. magert ab. Am 15. IX. seceniert die Fistel Eiter, wieder leichtes Fieber, der Ausfluss wird übelriechend, ganze Bauchwunde platzt wieder auf. Dekubitus Kollapstemperaturen. Exitus let. 3. X. 97.

Sektion: Diagnose: Kotfistel. Tuberkulose des Bauchfelles, Miliartuberkulose, eitrige zum Teil diphtheritische Entzündung des Urogenitaltraktus. Perforationsöffnung im unteren Drittel der Linea alba von Fünfmarkstückgrösse, Anastomose mit dem Dünndarm oberhalb der Valvula

ileocoecalis, Tuberkulose des Bauchfelles, des Netzes und der Mesenterialdrüsen. Miliartuberkulose in den Lungen, auf der Pleura, in den Bronchiallymphdrüsen, in Leber, Milz und Nieren. Frische Aspirationsherde in beiden Oberlappen, tuberkulöse peribronchitische Herde in beiden Lungen, haselnussgrosse Kavernen in beiden Oberlappen, eitrige Bronchitis, braune Atrophie des Herzens. Eitrige Pyelonephritis links, ascendierende eitrige Pyelonephritis rechts. Diphtheritische Cystitis, Uteritis, Vaginitis, Erosion der Portio. Chronischer Magen-Darmkatarrh (Dr. Rahn).

14. Z. Emma, 22 J., Steinmetzersfrau aus Mockau. Aufg. 5. II. 98.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Perioopheritis tuberculosa sinistra.

Operation: Laparatomie am 3. III. 98.

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund, Ehemann leidet an Husten und Auswurf. Als Kind stets gesund. 1. Menstruation mit 15 J., 4 wöchentlich, regelmässig, 5—6 Tage, zuletzt 19.—22. I. 98. 1. Wochenbett mit Fieber, 2. normal vor 3 Jahren. Seit 3 Wochen Stärkerwerden des Leibes, Schmerzen beim Husten, der trocken und stark war. Nachtschweisse. Brennen im Mastdarm ohne Blutabgang.

Status präsens: Kräftige Frau in mässigem Ernährungszustand (58 kg). Herz o. B., über der rechten Lungenspitze verschärftes Atmen. Abdomen stark aufgetrieben, frische Striae. Bei Rückenlage abhängige Partien des Bauches gedämpft, kein deutlicher Schallwechsel bei Lageveränderungen. Der Leib ist sehr tief eindrückbar. Portio zapfenförmig, etwas nach hinten gedrängt, linke Tube am Uterinende verdickt. Harn o. B.

Therapie: Laparatomie. Peritoneum überall mit feinsten Knötchen besetzt, Darmschlingen untereinander und mit der Umgebung verwachsen, ebenso die Genitalien. Sehr reichlicher Ascites. Lösung der Verwachsungen, soweit möglich. Trockenlegen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Zuerst im Allgemeinen Wohlbefinden, am 6. III. in den abhängigen Teilen des Abdomens wieder Dämpfung, aber keine deutliche Fluktuation. In den nächsten Tagen leichte Fiebersteigerungen, Anwachsen des Ascites, sonst Wohlbefinden. Entlassung am 29. III.; keine Klagen, kein Fieber, mässiger Ascites vorhanden. Laparatomiewunde p. pr. geheilt.

Nachricht: 28. VIII. 1900. 8 Wochen nach Entlassung platzte die Bauchnarbe wieder auf, Herauseitern von Fäden. 1 Jahr zum Verbinden in ärztlicher Behandlung. Im Frühjahr 1899 Lungen- und Rippenfellentzündung. Appetit und Stuhl regelrecht, kein Husten, keine Nachtschweisse, hühnereigrosser Bruch in der Bauchnarbe, deshalb stets Leibbinde. Zuweilen Rückenschmerzen. Voll arbeitskräftig.

15. H. Eva, 27 J., Köchin aus L.-Eutritzsch. Aufg. am 13. II. 98.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Anteflexio Uteri, Metrorhagien.

Operation: Laparatomie am 31. III. 98, Abrasio am 16. II. 98.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Mit 18 Jahren Bleichsucht. Im Oktober 96 wegen Magengeschwür im Krankenhaus. November 96 bis Juni 97 Gipskorsett wegen Rückenkrümmung. 1. Menstruation mit 15 Jahren, unregel-

mässig, 4—5 tägig, später regelmässig, 4 wöchentlich. Seit 2 Jahren unregelmässige Blutungen. Jetzt heftige Schmerzen im Leib. Kreuzschmerzen, Aufgetriebensein des Leibes, Brennen beim Wasserlassen, Blutungen, Stuhlverstopfung. Status präsens: Herz und Lungen o. B. Leib aufgetrieben, nichts Abnormes zu fühlen. Uterus stark antevertiert, schleimig-milchiger Ausfluss.

Therapie: Laparatomie, grosse Menge Ascites, Peritoneum meist glatt und glänzend, an einzelnen Stellen Trübungen und Knötchen, die sich hauptsächlich auf den Dünndarmschlingen befinden, die Grösse einer Erbse erreichen und geringe strahlenförmige Einziehungen der Umgebung verursachen. Ziemlich zahlreiche feste Verwachsungen, die stumpf getrennt werden. Uterus und Adnexe intakt. Austupfen und Schluss der Bauchhöhle.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Nach der Operation Wohlbefinden. Am 5. IV. Harnverhaltung, Katheterisieren, Harn trüb, sedimentiert stark, Blasenspülungen, am 8. IV. spontane Urinentleerung. Am 11. IV. wieder heftige Schmerzen im Leib, Stuhlverstopfung, Einlauf, Sennesblätter. Schmerzen bessern sich, Harn weniger trüb. Entlassung am 19. IV. 98; Wunde p. pr. geheilt, noch Schmerzen in der linken Inguinalgegend, wo objektiv nichts nachzuweisen ist. P. bekommt Guajakolcarbonat verordnet.

Nachrichten: 3. X. 98. Körpergewicht um 8 kg vermehrt. P. ist im 6. Monat schwanger. Seit 11. V. 1900 von hier verzogen und nicht mehr zu ermitteln.

16. O. Martha, 17 J., Dienstmädchen aus Buchheim. Aufg. 19. VII. 98.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie 28. VII. 98.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, 1890 Lungenentzündung, 1898 Rippenfellentzündung und Lungenkatarrh. Menstruation noch nicht eingetreten. Seit Mai 98 Schmerzen im Leib, einige Wochen später Stärkerwerden desselben. Jetzt heftige Leibschmerzen anfallweise. Vor einigen Monaten auch Durchfälle. P. hat Schmerzen beim Liegen auf der linken Seite. Nachtschweisse, häufig Kurzatmigkeit und Brustschmerzen, Harnbeschwerden.

Status präsens: Gracile, magere, blasse P. Supraclavikulargruben eingesunken. Rechts Fossa supraspinata leicht gedämpft. Ueberall reines V. A. Herz o. B. Leib stark gewölbt, unterhalb des Nabels gedämpft, in der linken Unterbauchgegend mehrere knollige Tumoren zu fühlen. Per vaginam im Douglas ein über gänseeigrosser Tumor zu fühlen, Uterus o. B., ebenso Harn.

Therapie: Laparatomie, mässige Menge Ascites. Netz, Darm und Peritoneum parietale vielfach miteinander verwachsen. Auf dem Peritoneum zahlreiche Knötchen. Lösung von Verwachsungen, soweit möglich. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Heilung der Wunde p. pr., träger Stuhlgang. Kreosot-Leberthran. Entlassung am 14. VIII. 98.

Nachricht: 22. III. 1900. Kein Husten, keine Brustschmerzen, keine Harnbeschwerden, in der linken Seite fortwährend Bauchschmerzen, Appetit und Stuhl regelrecht, Periode sehr unregelmässig, zuweilen dabei starke Unterleibsschmerzen. Kleine Hernie in der Bauchnarbe. Ernährungszustand gut (50 kg), im letzten Sommer im Seebad 7 Pfd. Gewichtszunahme. Bei leichter Arbeit voll arbeitsfähig.

17. W., Anna, 15 J., Tischlerstochter aus Pegau. Aufg. 8. VIII. 98.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie am 11. VIII. 98.

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund, Menstruation mit 12 Jahren regelmässig, 4wöchentlich, seit 3. V. 98 ausgeblieben. Nach Mitteilung des Herrn Dr. X. in Pegau: Im Mai 98 hochgradiger Ascites, Oedem der Labien und untern Extremitäten bei gesundem Herz und Nieren. Innere Mittel ohne Erfolg, starke Dyspnoë, am 27. V. 98 Punktion von 8 l klarer, gelbgrüner Flüssigkeit, danach im 1. Hypochondrium eine höckerige nicht gut abgrenzbare Geschwulst nachweisbar. Nach der Punktion schwanden die Oedeme. Ascites sammelt sich langsam wieder an, schwand aber wieder durch Bäder und Roborantien. Am 4. VIII. 98 kein Ascites, ein deutlicher, elastischer, aus dem kleinen Becken aufsteigender Tumor zu fühlen. Zur Operation eines vermeintlichen Ovarialkystoms wird P. in hiesige Klinik geschickt.

Status präsens: Gracile, mässig genährte P. Lungen und Herz gesund. Leib prall gespannt, Nabel verstrichen, Lebergrenze für R. bis 3 Querfinger oberhalb des Rippenbogens. Unterhalb der Nabelhorizontalen absolut gedämpfter Schall, über dem ganzen Abdomen Fluktuation nachzuweisen, nirgends Druckempfindlichkeit, nichts deutliches zu palpieren. Urin o. B. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man einen prall-elastischen Tumor, der den Uterus nach hinten gedrängt hat.

Therapie: Laparatomie. Ascites fliesst ab. Es zeigt sich ein grosser mit Darm und Netz vielfach fest verwachsener Tumor, auf dem Peritoneum an manchen Stellen

zottige Auflagerungen. Bei dem Versuch, die Verwachsungen stumpf zu lösen, der dann aufgegeben wurde, reisst die Cystenwand ein, der Inhalt fliesst ab, die vordere Wand der Cyste wird abgetragen. Dann wird der unterhalb der Cyste gelegene Teil des Tumors punktiert. Hier war der Tumor aber solid, und der Darm wurde durch die Punktion verletzt. Darmnaht, Abtragen der dicken Schwarten des Pseudotumors, Drainage. Naht der Bauchwunde ausser zwei Stellen für die Drains.

Mikroskop. Befund: Im Pseudotumor tuberkulöse Riesenzellen.

Sektion eines infizierten Meerschweinchens ergab: Ascites, verkäste Lymphdrüsen, zahlreiche miliare Tuberkeln.

Verlauf: Dauernd Temperatursteigerung, Stuhlgang nur auf Einlauf. Am 23. VIII. entwickelt sich eine Kotfistel, am 20. IX. eine neue oberhalb des Nabels, die sich aber von selbst schliesst. Roborierende Diät. Kreosot-Leberthran, 2 Mal täglich Bad. Es gelingt nicht, die 1. Fistel zu schliessen. Mitte September 98: Allgemeinbefinden befriedigend, in der Mitte der Laparatomiewunde eine feine Fistelöffnung, durch die mässige Mengen Dünndarminhalt austreten. Abends leichtes Fieber. Starke Abmagerung. Entlassung am 25. X. 98 auf Wunsch der Eltern.

Nachricht: 28. VIII. 1900 Allgemeinbefinden zufriedenstellend.

18. W., Lina, 18 J., Dienstmädchen aus Crimmitschau. Aufg. 19. I. 99.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie am 28. I. 99.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, als Kind Hirn-

hautentzündung, Masern, im April 98 Rippenfellentzündung. 1. Menstruation mit 13 Jahren, unregelmässig, 3 tägig, ohne Schmerzen, zuletzt vor 8 Tagen. Keine Entbindung durchgemacht. Seit 10 Wochen Leib- und Kreuzschmerzen. Auftreibung des Leibes.

Status präsens: Mässig genährte Pat. Herz und Lunge gesund. Leib halbkugelig aufgetrieben, Nabel flach, keine deutliche Resistenz, keine Fluktuation. Die mittlere Partie des Bauches unterhalb des Nabels tympanitisch gedämpft, fast rein tympanitischer Schall. Uterus o. B., linke Teile am abdominalen Ende verdickt. Im Douglas verschieden grosse, höckerige Tumoren, Stränge und Verwachsungen.

Therapie: Laparatomie. Mässige Mengen Ascites, Peritoneum mit tuberkulösen Knötchen dicht besetzt. Darm mit Peritoneum parietale fest verwachsen. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Verlauf: Nach der Operation grosse Schmerzen im Leib, die sich allmählich verlieren. Am 17. II. 99 Entlassung. Uterus retrovertiert, neben demselben Tumoren, die sich bis über den Nabel fortsetzen und auch von aussen zu palpieren sind. Pat. hat wieder Leibschmerzen. Wunde p. pr. geheilt, Narbe fest.

Nachricht war nicht zu erhalten.

19. F. Berta, 22 J., Arbeiterin aus Portitz. Aufg. am 17. IV. 99.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Probelaparatomie und Elytrotomia am 2. V. 99.

Anamnese: Wegen Stupidität der P. sehr ungenaue Angaben. Eltern an unbekannter Krankheit gestorben.

3 Geschwister gesund. Keine Entbindung durchgemacht. 1. Menstruation seit dem 17. Jahre, unregelmässig, 8 Tage, stark mit Schmerzen. Die Regel setzte längere Zeit aus, bis Mitte Februar 99 4tägige Blutung eintrat. Habituelle Stuhlverstopfung. Seit anfangs Februar 1899 Schmerzen auf der rechten Seite des Leibes, jetzt auch auf der linken. Neigung zu Schweiss.

Status präsens: Herz und Lungen o. B. Leib wenig aufgetrieben, sehr schmerzhaft, Nabel fast verstrichen. Man fühlt eine Resistenz im unteren Teil des Leibes zu beiden Seiten der Mittellinie bis zum Nabel reichend. Perkussionsschall über der Resistenz gedämpft, sonst tympanitisch. Im Douglas fühlt man mehrere kleine, derbe Tumoren.

Therapie: Probelaparatomie. In der Wunde zeigt sich ein mit den Darmschlingen reichlich verwachsener, fluktuierender kindskopfgrosser Tumor. Da es nicht gelingt, die Verwachsungen zu lösen, um auf den Tumor einzudringen, wird 2 mal ohne Resultat Probepunktion gemacht. Daher nach Schluss der Bauchwunde Probepunktion der in der Scheide fühlbaren fluktionierenden Stelle. Resultat: gelbliche Flüssigkeit. An Stelle der Punktionsnadel wird ein Messer eingesetzt, es entleeren sich 4—5 Liter seröse Flüssigkeit. Danach wird die Tumorhöhle mit Tupfern ausgewischt, wobei grosse Fibrinmassen zum Vorschein kommen. Die Höhle wird mit Jodoformgaze ausgetupft und drainiert.

Verlauf: Am 3. V. 99 entleeren sich grössere Mengen eines stinkenden Sekretes aus der Vagina. P. ist sehr apathisch, Puls sehr klein, 160 Campher. Unter zunehmendem Verfall Exit. let. am 3. V. 99.

Sektion: Diagnose: Chronische Bauchfelltuberkulose, frische jauchige Peritonitis. — Chronische Tuberkulose des Peritoneums mit älteren fibrösen Verwachsungen, multiplen abgesackten Asciteshöhlen, frische, jauchige Peritonitis. Fibröse Verwachsungen des Uterus und der Adnexe mit einzelnen jauchigen Abscessen. Chronischer Magendarmkatarrh ohne Tuberkulose. Partielle Verkäsung der Bronchial- und Mesenteriallymphdrüsen. Hyperplasie der Milz mit einzelnen Tuberkeln. Stauungsleber mit hochgradiger Verfettung mit einzelnen miliaren Tuberkelknötchen. Anämie des Herzens.

20. P. Lina, 28 J., Drechslersfrau aus Gebirgswalde. Aufg. 6. III. 99.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Operation: Laparatomie am 9. III. 99.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern, Diphtherie und Bleichsucht. Menstruation mit 12 Jahren, unregelmässig, 4wöchentlich, 8—10tägig, mittelstark ohne Schmerzen, zuletzt vor 8 Tagen. 3 normale Entbindungen. Vor 1 Jahr erst linksseitige, dann rechtsseitige Brustfellentzündung. Seitdem Schmerzen, die von der Brust nach dem Leibe ausstrahlen und besonders beim Gehen auftreten. Leib seit 1 Jahr aufgetrieben, Husten und Auswurf, Mattigkeit, Abmagerung.

Status präsens: Mittelkräftige, fettarme P. Herz und Lungen o. B. Leib halbkugelig aufgetrieben, deutliche Fluktuation, abhängige Teile gedämpft, Schallwechsel bei Lageveränderungen. Leib druckempfindlich, besonders rechts. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen. Harn o. B. Uterus ganz nach rechts verzogen, wenig beweglich, bei Betastung schmerzhaft. Im Douglas links eine Verwölbung

mit glatter Oberfläche, deren Probepunktion seröse, blutig gefärbte Flüssigkeit zeigt.

Therapie: Laparatomie. Peritoneum mit zahlreichen weisslichen Knötchen besetzt, reichlicher Ascites, Trockenlegen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Verlauf: Wundheilung p. pr. Entlassung am 29. III. 99. ohne Klagen.

Nachricht: 19. VIII. 1900. Bisher Befinden ziemlich gut, seit einigen Wochen ist jedoch der Leib wieder angeschwollen, hauptsächlich rechts, dazu Kurzatmigkeit, Abmagerung. Kein Husten, nie gravida, Periode regelrecht.

21. R. Marie, 41 J., Tischlersfrau, aus L.-Gohlis. Aufg. 22. VI. 99.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Pleuritis adhaesiva sinistra.

Operation: Laparatomia Salpingectomia und Oophorectomia sinistra am 27. VI. 99.

Anamnese: Ehemann an Schwindsucht gestorben, 2. Kind mit 12 Jahren ebenfalls. P. hatte als Kind Masern, im September 98 linksseitige Lungenentzündung. 1. Menstruation mit 15 J., stets regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, mittelstark ohne Schmerzen, zuletzt Anfang Juni 99. 3 normale Entbindungen, zuletzt 1889, Wochenbetten normal. Seit 1 Jahr Körpergewichtsabnahme; vor 6 Wochen wurde der Leib stärker, ohne dass Beschwerden bestanden. Seit 14 Tagen dumpfes Druckgefühl in der linken Seite. Seit 6 Tagen Harndrang.

Status präsens: Kräftige magere Frau. L. h. unten Schallverkürzung, abgeschwächtes Atmen u. abgeschwächter Stimmfremitus. Herz o. B. Leib halbkugelig. Nabel gerötet und vorgewölbt, deutliche Fluktuation. Inguinaldrüsen

geschwollen. Gegend unterhalb des Nabels gedämpft, bei Lageveränderungen kein Schallwechsel. Harn enthält Indikan, kein Eiweiss. An der Portio eine Erosion und ein Ovolum Nabothi.

Therapie: Laparatomie, grosse Menge Ascites. Auf dem Peritoneum eine Unzahl kleiner Knötchen. Das Netz ist in eine 2 cm dicke Platte verwandelt, ebenfalls mit Knötchen übersät. Nirgends Verwachsungen. Rechte Adnexe o. B., linke Tube wenig verdickt, linkes Ovarium in einen hühnereigrossen, blauroten, nicht verwachsenen, fluktuierenden Tumor verwandelt, der als Corpus-luteum-Cyste angesehen wird. Entfernung der linken Tube und Cyste. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss derselben.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Meerschweinchenimpfung positiv.

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Operation Wohlbefinden, am 6. VII., nachdem die Fäden gezogen waren, platzt die Wunde aber wieder auf, in den nächsten Tagen zeigt sich im unteren Drittel derselben ein talergrosser, livider Fleck, der dann aufbricht. Beide Stellen secernieren ziemlich stark. Das Herz wird schwach und dilatiert, an allen Ostien systolische Geräusche. Ascites sammelt sich wieder an, Oedeme, Hydrothorax, im verminderten Harn kein Eiweiss. Diuretika und Digitalis haben keinen Erfolg. Am 29. VII. entleert sich aus der wieder aufgeplatzten Bauchwunde Ascites. Während der ganzen Zeit besteht Fieber. Entlassung am 10. VIII. 99 ungebessert.

Nachricht: Gestorben am 16. VIII. 99 an Bauchwassersucht (amtlich).

22. L. Theresie, 25 J. Seit 4 Jahren verh., geb. Riga. Tag der Aufnahme: 12. XI. 06.

Entlassung: 10. IV. 07.

Klinische Diagnose: Phthisis Pulmonum. Peritonial-Tbc.

Anamnese: 2 Geschwister klein tot, Ursache unbekannt. 1. Menses mit 18 Jahren (nur schwach angedeutet), sehr unregelmässig, immer grosse Intervalle. Fast gar kein Blutabgang. „Immer hat sich nur so ein Flecken Blut gezeigt, mehr nicht“! Beschwerden nur mässig. Letzte Menses vor über $^1/_4$ Jahr. Stuhlgang: früher häufig Durchfälle, jetzt regelmässig. Appetit schlecht. Brustschmerzen und Druckbeschwerden. Nachtschweisse; Schwäche, immer müde. Kräftezustand seit 8 Wochen ausserordentlich reduziert. Seit derselben Zeit stark abgemagert. Bis vor 8 Wochen war P. angeblich immer gesund, nur immer blutarm und bleichsüchtig gewesen. Plötzlich Schmerzen „rund um“ den ganzen Leib mit Erbrechen und Durchfällen, Fieber, Magenschmerzen. Arzt behandelte die „Unterleibsentzündung“ mit Umschlägen; geringe Besserung. Seit 14 Tagen wieder Fieber über 39°.

Status: Haemoglobin 45 %, äusserst elend aussehende P. in reduziertem Kräftezustand. Zunge und Zähne belegt. Herpes im linken Mundwinkel. Habitus phthisicus.

Lungen: Ueber der linken Lungenspitze leichte Schallverkürzung, über beiden Spitzen Giemen, 1. am Ende, d. Inspiriums knacken.

Puls: Aeusserst frequent, klein und weich.

Leib: Symmetrisch vorgetrieben, Nabel verstrichen.

Bauchumfang: 67 cm. Bauchdecken mässig fettreich, gespannt. Bei Bewegung Plätschergeräusche. Deutliche Fluktuation. In Rückenlage an den abhängenden Partien rechts tympanitischer, links gedämpfter Schall. Leberdämpfung sehr schmal. Untere Grenze eine Hand breit

oberhalb des Rippenbogens. Kein freier Ascites, keine Resistenzen.

Uterus: Anscheinend retrovertiert. Rechts vom Uterus Adnexe nicht zu tasten. Nach links hinüber Fluktuation. Im Douglas einige grössere Knoten und Knötchen, die sich nicht genauer definieren lassen.

Urin: Klar, sauer, hochgestellt. Albumen vorhanden.

Blasenverhältnisse normal. Bei Füllung von ca. 300 ccm besonders nach rechts hin ausgedehnt.

Operation: 20. XI. 6 cm langer Längsschnitt. Eröffnung des Peritoneums. Da jedoch überall ausgedehnte schwartige Verwachsungen bestehen, so wird von einer weiteren Eröffnung abgesehen.

Verlauf: Nach der Operation starker Hustenreiz und Durchfälle. Temperaturen bis 39,7.

2. XII. Bei Verbandswechsel zeigt sich, dass die Wunde aufgebrochen ist und reichlich übelriechendes Sekret secerniert.

29. I. Aus der Fistel entleert sich dauernd dickrahmiger, grünlich-gelber Eiter von kotähnlichem Geruch. Vorsichtiger Versuch mit der Bier-Klapp'schen Glocke. In den ersten Tagen wird jedesmal $^1/_4$ Lit. entleert, Verband muss täglich erneuert werden. Temperatursteigerungen bis 39,2.

10. II. Sekretion wesentlich geringer geworden, dünnflüssiger, weniger übelriechend. Noch starke Nachtschweisse.

20. II. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Appetit sehr gut. Fistelsekretion gering. Keine Schmerzhaftigkeit.

15. III. Fistel secerniert noch. Abendliche Temperaturen ab und zu über 38. Kräftezustand mässig.

8. IV. Auf Wunsch Entlassung. Fistel für kleine Knopfsonde durchgängig. Geringe Sekretion, keine Beschwerden.

Genitalbefund: Wegen starker Spannung der Bauchdecken nicht aufzunehmen.

Nachuntersuchung: Adresse unbekannt.

23. Frau Frieda, von Freiburg i. B., 29 J. alt, verheiratet seit 6 Jahren. Aufn. 1. August 07.

Klinische Diagnose: Sterilitas matrimonii, Pelviperitonitis adhäsiva.

Anatomische Diagnose: Tuberculosis peritoneii.

Anamnese: 1 Bruder tot an Lungenleiden, mit 17 Jahren Bleichsucht. 1. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, 5 Tage lang, reichlich Unterleibskrämpfe. Letzte Menses vor 8 Tagen, kein Partus, keine Fehlgeburt. Unmittelbar im Anschluss an die Heirat Blasenkatarrh mit heftigem Brennen beim Wasserlassen. Go? 4 Wochen lang anhaltend. Späterhin noch öfters Rückfälle dieses Leidens, wenn auch in abgeschwächter Form. Vor 8 Wochen unbestimmte Schmerzen im Unterleib. Hauptsächlich rechts, und zwar ausschliesslich beim Stuhlgang. Vor 4 Wochen heftige Schmerzattacken in der rechten Unterleibsseite, gleichzeitig Brechreiz. Wegen dieser Beschwerden und Sterilität in die Klinik geschickt.

Status präsens: Zarte Frau, ausgesprochener phthisischer Habitus, Herz und Lungen o. B. Operation am nächsten Tage. S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich Netz und Peritoneum mit zahllosen kleinsten Knötchen besät. Resektion eines Stückchen Netz und Peritoneum. Beide Tuben schlank. Schluss des Peritoneums. Mikroskopische Diagnose bestätigt Tbc.

Klinischer Verlauf: Ungestört, reaktionslose Heilung

per primam. Entlassung am 17. 8. 07. Allgemeinbefinden gut, Narbe fest verheilt.

24. St., Olga, 18 J., aus Altglashütte, Amt Neustadt. Aufnahme 18. I. 1910.

Diagnose: Peritonealtuberkulose Atresia hymenalis, Uterus bicornis.

Familienanamnese o. B. Patientin hat noch nicht menstruiert. Schmerzen im Leib, kein Husten, kein Auswurf, keine Gewichtsabnahme, Kräftezustand gut. Seit Sommer 1909 treten bei der Patientin Krämpfe im Unterleib auf; diese dauern ungefähr eine Viertelstunde, kehren alle 3 Wochen wieder bei einer Dauer von 3—4 Tagen.

Status: Mittelgrosse, gut genährte Patientin. Lungen hinten links oben Dämpfung; feine Rasselgeräusche, Leib etwas vorgewölbt. Genitalia: Hymen intakt, bildet eine völlig geschlossene Platte, so dass die inneren Genitalien nicht zu palpieren sind. Urin o. B.

19. I. Narkosenuntersuchung: Man fühlt per rectum nach links eine kleine Portio und daran einen ganz kleinen Uteruskörper. Adnexe nicht zu tasten, auch keine Scheide.

22. I. 10. Operation: Fascien-Querschnitt, Eröffnung des Peritoneums. Beide Ovarien etwas vergrössert, Tuben intakt, Uterus bicornis. An der Hinterwand des Uterus und der Scheidenwand Tbc. ähnliche Knötchen, die in einem Bezirke von Talergrösse fast genau in der Mittellinie sitzen. Probeexcision. Versuch einer Scheidenplastik.

Mikroskopisch Peritonealtuberkulose.

Entlassung am 5. II. 10. Heilung per primam, Patientin ist beschwerdefrei.

Nachuntersuchung infolge unbekannten Aufenthalts nicht erfolgt.

25. Z., Brigitta, 20 Jahre alt, geboren Verona. Ledig Aufg. 19. I. 09.

Klinische Diagnose: Peritonitis tuberculosa acuta.

Anatomische Diagnose: Desgleichen.

Hereditär nicht belastet. Erste Menses mit 18 Jahren. Seit 2 Monaten keine Periode mehr, sonst regelmässig 4—5 Tage mit heftigen Schmerzen. Oft Durchfall. Ausfluss vorhanden. Appetit gering, oft Erbrechen und Übelkeit. Schmerzen im Leibe, Kreuzschmerzen.

Kein Partus, keine Fehlgeburt. Zuweilen Brustschmerzen und Herzklopfen.

Anamnese: Die Schmerzen begannen vor 2 Monaten. Patientin bekam Leibschmerzen, besonders beim Stehen. Sie bemerkte, dass im Laufe von 2 Wochen der Leib stark anschwoll, seit 2 Monaten hat die Periode sistiert. Seit dieser Zeit öfters blutiger Auswurf, starke Nachtschweisse.

Status präsens: Grazil gebaute, schlecht ernährte Patientin von leidendem Gesichtsausdruck. Knochenbau grazil, Schleimhäute blass, Muskulatur und Fettpolster gering entwickelt. Lungen rechts h. u. ca. handbreite Dämpfung. Reines Vesiculäratmen. R. h. u. Atemgeräusch aufgehoben. Stimmfremitus hier abgeschwächt. Verstärkter 2. Pulmonalton. Pulsfrequenz regelmässig, klein; Leib regelmässig aufgetrieben, Nabel verstrichen. Freier Ascites im Leib, bei Lagewechsel Verschiebung der Dämpfungsgrenzen. Uterus klein anteflektiert, hinterer Douglas nicht vorgewölbt. Fixiert. Adnexe nicht zu tasten, da der fixierte Uterus mit den Därmen und den Adnexen zu einer festen, das kleine Becken ausfüllenden undeutlichen begrenzten Masse verschmolzen ist.

Am 28. I. 09. Kolpotomia posterior, wobei keine Flüssigkeit entleert wird. Dann Punktion mit Troicart rechts seitlich am Abdomen. Es entleert sich etwa $^1/_2$ Liter klare seröse Flüssigkeit.

Nach der Punktion fühlt sich Patientin etwas erleichtert, doch bessert sich der Zustand nicht wesentlich, weshalb Patientin auf die Med. Klinik verlegt wird.

Entlassungsbefund: 4. 2. 09. am 8. Tage nach der Punktion: Status quo ante.

Aufenthaltsort unbekannt. Brief zurück.

26. K., Bertha, 30 Jahre, verheiratet seit $2^1/_2$ Jahren, aus St. Georgen. Aufg. 28. 4. 08.

Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica adhäsiva.

Anatomische Diagnose: Pelviperitonitis chronica Tbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Ehemann gesund, mit 21 Jahren Bauch-Brustfellentzündung, März 07 Blinddarmentzündung, seit einigen Jahren Schmerzen im Unterleib. Erste Menses mit 16 Jahren. Zuerst unregelmässig, dann regelmässig alle 4 Wochen, 4—5 Tage mit starkem Blutverlust ohne Schmerzen. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen, Schwäche und Wallungen, Kräftezustand gut, keine Gewichtsabnahme, kein Fieber. Seit 8 Tagen sind die Schmerzen im Unterleib stärker geworden, besonders rechts. P. fürchtete einen Rückfall von Blinddarmentzündung und kam deshalb in die Klinik.

Status präsens: Schlanke, mässig kräftige Frau. Knochenbau grazil, geringes Fettpolster. Muskulatur mässig stark. 9000 Leucocythen. Lungen o. B. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Bauchdecken straff, Blinddarmgegend druckempfindlich. Doch ist kein deutlicher

Tumor fühlbar. Uterus-Körper retrovertiert, klein, sinistroponiert, rechts neben dem Uterus prall elastischer etwa Entenei-grosser Tumor, bimanuell tastbar, linke Tube verdickt. Ovarium in Verwachsung. Uterus links durch Stränge im Douglas fixiert. Urin frei.

30. 4. 08. Operation: S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums, das ganze Peritoneum ist mit kleinen grauen Knötchen bedeckt, ebenso die Adnexe, die verwachsen sind. Die Serosa ist überall mit Knötchen bedeckt. Schluss des Peritoneums.

Verlauf: Wunde am 10. Tage gut heilend, etwas secernierend. Entlassung am 15. Mai 08. Subjektives Befinden gut, Narbe fest, etwas Leibschmerzen noch vorhanden.

Nachuntersuchung: Aufenthalt unbekannt.

27. V., Dina, Kaufmannsfrau, 48 Jahre, aus Frankfurt. Aufg. 15. 7. 07.

Klinische Diagnose: Peritonealtbc.

Anatomische Diagnose: Desgleichen (miliare Aussaat.)

Anamnese: Früher gesund, im Frühjahre vorigen Jahres zunehmende Schwellung des Leibes, deshalb Laparatomie in Frankfurt a. M. In letzter Zeit wieder starke Schwellung des Leibes und unregelmässig auftretende Schmerzen. Keine nervösen Beschwerden. Kopfschmerzen. Herz und Lunge o. B.

Probelaparatomie am 16. 7. 07. Medianschnitt 12 cm. Eröffnung des Peritoneums. Vorliegende Darmschlingen mit ziemlich gleichmässigen hirsekorngrossen Knötchen besetzt. Dieselben auch auf dem Peritoneum parietale. Kein freier Ascites, besonders in den abhängigen Par-

tien reichlich Knötchen. Keinerlei Adhäsionen. Schluss des Peritoneums. Verlauf: Primäre Heilung. Vom Operationstage ab heftige Kopf- und Nackenschmerzen, welche in unveränderter Heftigkeit 10 Tage lang anhielten und allen therapeutischen Bemühungen trotzten. Allgemeinbefinden hierdurch auf das Schwerste alteriert. Nach dem 10. Tage allmähliches Abklingen der Beschwerden.

Entlassungsbefund am 10. 8. 07: Subjektives Befinden gut, Wunde fest vernarbt.

28. Sch. Katharina, 30 J., verh. seit 3 Jahren. Geb. Grümmelshofen.

Aufn. 13. V. 07.

Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica adhaesiva post graviditatem extrauterinam.

Anatomische Diagnose: Peritoneal-Tbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. P. war angeblich nie ernstlich krank. 1. Menstruation mit 19 Jahren, alle 6—8 Wochen, 5—6 Tage dauernd. 4 Partus; letzter Juni 1906; P. war bis vor 3 Jahren ganz gesund. Sie erkrankte dann am 10. Wochenbettstage mit heftigen Schmerzen im Kreuz, die nie ganz aufhörten. Durch Pessar-Behandlung vor 2 Jahren vorübergehende Besserung. Im Spätherbst 1906 blieb die Regel 11 Wochen lang aus (sonst nichts auf extra-uterine Schwangerschaft Bezügliches). Im Februar dieses Jahres wieder sehr lebhafte Kreuzschmerzen. Vom Arzt in die Klinik geschickt.

Status: Mittelgrosse, gesund aussehende Frau. Lungen o. B. Ren. mob. dextr. Leib aufgebläht. Nabel bläschenförmig vorgetrieben. Portio zapfenförmig. Scheide deutlich livide verfärbt. Uterus retroflectiert, weich, beweglich, jedoch nicht in Anteflexionsstellung zu bringen wegen

eines klein-apfelgrossen, dem Uterus linksseitig anliegenden weichen adhaerenten Tumors. Rechts seitlich vom Uterus ebenfalls eine kleine Resistenz. Urin klar, neutral. Spur Eiweiss.

Operation: 17. V. 07. Narkosenuntersuchung ergibt: Rechts und links von der Wirbelsäule in Höhe der Nieren je ein starr fixierter, nicht zu bewegender, harter, länglicher Tumor, rechts von Faustgrösse, links kleiner, weit nach hinten palpabel. Querschnitt von 9 cm Länge. Eröffnung des Peritoneums. Vorliegende Darmschlinge mit einer Aussaat von ziemlich gleich grossen (etwas über stecknadelkopfgrossen) glasigen flachen Knötchen besetzt, ebenso das Netz. Keine Adhaesionen unter den Darmschlingen. Blasen-Peritoneum und Uterus serosa mit Knötchen bedeckt. Resektion eines Stückchen Netz. Schluss des Peritoneums.

Mikroskopische Untersuchung: Netzstückchen ergibt zahlreiche epitheloide Tuberkeln mit typischen, sehr grossen Riesenzellen.

Verlauf: Afebriler Verlauf, in keiner Weise gestört. Heilung per primam.

Tuberculinreaktion: Auf 1 mmg Temperaturanstieg auf 38,2. Sonst keine Reaktion. Daher nochmals 1 mmg; gänzlich reaktionslos.

2. VI. 3 mmg abends 7 h. Schon in der Nacht merkte P., dass es nicht wie sonst war. Am nächsten Morgen grosse Abgeschlagenheit, Durstgefühl, kein Appetit, Kreuz-, Rücken- und Kopfschmerzen. Keine Schmerzen im Leib. Keine lokale Reaktion. Temperatur mittags 11 Uhr 39,5.

Entlassung: 6. VII. 07. Subjektives Wohlbefinden. Leib ziemlich flach, wenig aufgetrieben. Kein nachweisbarer

Ascites. Wunde fest geheilt. Genitalbefund wie bei Aufnahme.

Nachuntersuchung: Adresse unbekannt.

29. B., Caroline, 48 Jahre alt, verheiratet, aus Freiburg. Aufnahme 24. 4. 07.

Klinische Diagnose: Tuberkulosis peritonei.

Anamnese: Verheiratet seit 98, fühlt sich schon seit langer Zeit krank. Seit 3 Monaten Stuhlbeschwerden, Stechen im Leibe. In letzter Zeit Brennen beim Wasserlassen. Abmagerung, Mattigkeit, Schweisse. Vater tot an Schwindsucht, Mutter tot an Herzschlag.

Status präsens?

Operation: 26. 4. 07. S. Q. S. Es gelingt nicht, anstandslos in den freien Peritonealraum zu gelangen, da überall breite Adhäsionen mit dem Peritoneum parietale bestehen. Es gelingt alsdann, an einer Stelle das Peritoneum zu eröffnen, den daselbst adhaerenten Darm beiseite zu schieben, und ein Stück des überall dicht mit Knötchen besetzten Peritoneum parietale zu excidieren. Auch auf dem Peritoneum viscerale findet sich eine Aussaat von gleichen, grau-weiss schimmernden Knötchen von etwa hirsekorngrösse. Schluss des Peritoneums. Fieberfreier Verlauf.

Nachuntersuchung: Adresse unbekannt.

30. Frau Sp., Pauline, Müllersfrau, verh. seit 1882, 45 J., geb. Emmendingen. Aufn. 27. VII. 05.

Operation: 1. VIII. 05.

Entlassen 2. VII. 05, gebessert.

Klinische Diagnose: Peritonealtbc. mit abgekapseltem Ascites.

Anamnese: Vater tot an Gehirnschlag, Mutter tot an

unbekannter Ursache. Geschwister gesund. 3 Kinder leben, 8 Kinder tot kurz nach der Geburt an „Gichten". Letzter Partus 96. Ehemann gesund. P. angeblich immer gesund. Erste Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen 8 Tage lang. 11 Entbindungen, ohne Komplikationen. Stuhlgang o. B. Urinentleerung o. B. Magenbeschwerden, oft Erbrechen, auch gallig; früher starke Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit.

Seit 15. Mai starkes Grimmen im Leib, — der Leib wurde dicker — grosse Schmerzhaftigkeit und Ziehen nach dem Rücken. Vom Arzt mit allen möglichen Salben behandelt. (Aus der stupiden P. ist wenig Anamnestisches zu eruieren!)

Status: Grosse, leidlich kräftig aussehende P. mit leidendem Gesichtsausdruck. Lungen o. B. Leib stark aufgetrieben, etwas abgeflacht, deutliche Fluktuation, überall Dämpfung. Leib seitlich beim Liegen ausgebuchtet. Nabel verstrichen. Unterhalb des Nabels etwas nach links ist ein faustgrosser, prall-elastisch, derber Tumor palpabel. Leibumfang 97 cm. Uterus schlecht beweglich, nicht vergrössert. Vom linken Ovarium scheint ein mannskopfgrosser, weicher, prall-elastischer, fluktuirender Tumor auszugehen. Im Douglas rechts ein derber, etwa wallnussgrosser Knoten. Urin trübe, kein Eiweiss, kein Zucker.

Operation: Probe-Laparatomie. Schnitt in der Mittellinie 13 cm lang. Bauchdecken etwas oedematös und stark injiciert. Nach Durchschneidung der Fascie kommt man auf speckige Massen, die stumpf durchtrennt werden. Eindringen in die freie Bauchhöhle hier unmöglich. Incision dicht unterhalb des Nabels. Auch hier gelangt

man in speckige gelatinös durchscheinende Massen, die mit kleinen Knötchen besetzt sind. Beim stumpfen Auseinanderdrängen des Netzes kommt etwas Ascites. Beim Tieferdringen des Fingers trifft man zwischen mit Knötchen besetzten Partien des Netzes auf verwachsene Därme und Ascites. Weiterdringen in die Tiefe unmöglich; Probe-Excisio eines Stückchens des schwieligen Netzes zur mikroskop. Untersuchung. Schluss der Operation.

Verlauf: Vom 4. bis 9. Tag post operationem Temperaturen zwischen 37,8 und 37,3. Am 7. Tage post operationem leichter Decubitus, am 10. Tage in der Mitte der Wunde ca. 1 cm lange Oeffnung mit leichter eitriger Sekretion. 15 Tage post. oper. Wunde verheilt. Elektrische Bestrahlungen. Besserung der Leibbeschwerden.

1. IX. 05. Auf Wunsch Entlassung. Leib stark aufgetrieben. Laparatomiewunde verheilt. Subjektives und Allgemeinbefinden gut. Fluctuation und einzelne derbe Partien am Abdomen nachzuweisen.

Nachuntersuchung: 11. X. 05. Vor 3 Wochen ist die Bauchwunde aufgegangen, viel Eiter herausgekommen. Aerztlich behandelt. In der Mitte der Bauchwunde eine nicht secernierende, granulierende Stelle. Abdomen noch ziemlich stark aufgetrieben, kein Tumor mehr zu tasten. Genitalbefund idem.

31. V., Anna, Fabrikarbeiterin, 21 J. alt, Geburtsland Italien.

Aufnahme: 31. V. 06. Entlassen 23. VII., gebessert.

Klinische Diagnose: Peritonitis Tbc. — Ulcera Tbc. ilei et jejuni, Lymphangitis Tbc. ilei.

Anamnese: Mutter tot, Ursache unbekannt. 6 Geschwister klein tot. 1 gesund. 1. Menstruation mit 12

Jahren regelmässig, Dauer 8 Tage. Vor etwa einem Jahr drei Monate lang alle 14 Tage. Letzte Menstruation vor 9 Monaten. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Stuhlgang: manchmal Diarrhöe.

Klagt über Brustschmerzen rechts, Herzklopfen. Grosse Schwäche, Nachtschweisse. In letzter Zeit grosse Gewichtsabnahme. Fieber bis zu 38,5. Seit 3 Monaten Schmerzen im Leib mit zeitweisem Erbrechen, hauptsächlich nach der Arbeit. Seit etwa 6 Wochen sind diese Beschwerden intensiver geworden. Wurde vier Wochen in einem Krankenhause ohne Erfolg konservativ behandelt. Kommt zur Operation hierher. Kräfteabnahme seit dem Aussetzen der Periode. Seit 2 Monaten arbeitsunfähig.

Status: Sehr elend aussehendes Mädchen mit eingefallenen Gesichtszügen, in schlechtestem Ernährungszustand. Knochenbau gracil, Schleimhäute blass. Muskulatur und Fettpolster kümmerlich entwickelt. Nervensystem o. B.

Lungen: H. r. o. ganz leicht abgeschwächter Perkussionsschall. Puls klein, sehr lebhafte Herzaktion.

Leib: Symetrisch aufgetrieben, prall gespannt. Umfang 81 cm. Druckempfindlichkeit links seitlich und unterhalb des Nabels. Dämpfung auf der linken Seite von der Spina ant. bis zum Nabel, nach unten bis zur Symphyse. Fluktuationsgefühl in weitem Umkreis um den Nabel. Freier Ascites nicht nachweisbar. Gurren im Leib hörbar. Hymen: eingerissen. Uterus o. B. Tuben und Ovarien nicht zu tasten infolge Auftreibung des Abdomens. Urin o. B. neutral.

Operation: 16. Juni. 6 cm langer Fascien-Querschnitt. Eröffnung des Peritoneums. Freier Ascites fliesst nicht

ab. Peritoneum parietale, glatt, glänzend; Peritoneum visc. zeigt zahlreiche kleinste bis linsengrosse, grauweissliche Knötchen. Es wird eine mit starkem knolligem Tumor versehene Dünndarmschlinge eventriert. Es zeigt sich eine narbige Strictur des Dünndarmes, in deren Umgebung zahlreiche kleinste bis linsengrosse Knötchen sichtbar sind. Im Mesenterium grosse geschwollene Lymphdrüsen palpabel. Uterus, Adnexe und Douglas frei. Probe-Excision eines Knötchens vom Dünndarm. Hinter dem Magen fühlt man dicke Drüsenpakete. Schluss des Peritoneums.

Verlauf: Fieberfrei vom dritten Tag post operationem. Abdomen wird nach einigen Tagen, nachdem reichliche Stuhlentleerungen stattgehabt hatten, sichtlich flacher.

6. Juni: Leib nur noch mässig aufgetrieben. Fluktuation nicht mehr nachweisbar. Links unterhalb des Rippenbogens ein über faustgrosser, oberflächlich unregelmässig gestalteter, wenig beweglicher Tumor zu tasten; rechts in gleicher Höhe, aber mehr in der Tiefe ein kleinerer; Desgl. eine Resistenz in der Ileo-coceal Gegend.

25. Juni: Einreibung mit Schmierseife jeden 2. Tag.

11. Juli: P. klagt wieder über Schmerzen und Gurren im Leib. Leib wieder stärker geworden. Fango-Packung.

23. Juli: Ab und zu noch Schmerzen. Sonst Status idem. Exsudat nicht mehr nachweisbar.

Nachuntersuchung: Aufenthalt unbekannt, Brief zurück.

32. S., Bertha, 37 Jahre alt, seit 2 Jahren verheiratet, geboren in Baden (Schweiz). Aufnahme 16. 12. 09.

Klinische Diagnose: Tuberculosis peritonii.

Anatomische Diagnose: Desgleichen.

Anamnese: Vater gesund, Mutter tot an „Auszehrung". 1 Schwester tot an Schwindsucht, Ehemann gesund. 1908

Blinddarmentzündung, Juli 1908 Prolapsoperation. Erste Menstruation mit 21 Jahren, regelmässig, immer schwach, 6 Tage dauernd, 2 Tage vor der Periode krampfartige Schmerzen, letzte Menstruation am 15. November 1909. 1 Entbindung 1904. Keine Fehlgeburt. Stuhlgang regelmässig, in letzter Zeit Durchfall. Urinentleerung o. B. Appetit schlecht, Erbrechen bei starken Hustenanfällen, keine Schmerzen im Leib, keine Kreuzschmerzen. Unterleib stark aufgetrieben. Seit 4 Wochen starke Kurzatmigkeit, sehr viel Husten, wenig Auswurf, Brustschmerzen, starke Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Nachtschweisse, Kräftezustand schlecht. Gewichtsabnahme in letzter Zeit. Juli 1908 Appendectomie. Seit 8 Wochen starker Husten und Brustschmerzen, Leib ist stark aufgetrieben. In letzter Zeit Schmerzen. Ascites. Vom Arzt ohne Erfolg behandelt.

Status präsens: Bleiche, sehr magere Frau. Knochenbau grazil, Schleimhäute blass, Muskulatur und Fettpolster sehr gering entwickelt. Lungen: Dämpfung über den Spitzen und hinten unten. Ueber den Spitzen rauhes Atmen, verschärftes Exspirium. Links h. u. saccadiertes Atmen. Puls sehr beschleunigt. Leib tonnenförmig vorgewölbt. Inguinaldrüsen erbsengross. Grösster Umfang des Leibes 82 cm. Uterus retrovertiert, hart, normal gross, adhaerent. Tuben, Ovarien wegen stark aufgetriebenem Leibe nicht palpabel.

Tuberkulinreaktion: Conjunktivalreaktion bei 1% negativ Cutanreaktion positiv mit konzentriertem Alttuberkulin nach 12 Stunden. 3 Tage anhaltend; markstückgrosse Infiltration.

Klinischer Verlauf: Fangopackung. Am 24. XII. 09 Operation, Längsschnitt in der Medianlinie, 15 cm lang,

Eröffnung des Peritoneums, es entleert sich eine Menge klarer grünlich seröser Flüssigkeit. Peritoneum sehr verdickt, mit Knötchen besät. Excision eines Stückchens Peritoneum; Peritoneum geschlossen. Uterus und Netz mit Knötchen bedeckt. Cervixdilation mit Hegar, Abrasio. P. wurde am 11. I. 10 auf die septische Abteilung verlegt.

Entlassung am 26. 3. 1910. Gebessert.

Nachuntersuchung: unbekannt verzogen.

33. St. Maria, 26 J., verheiratet seit $^5/_4$ Jahr., Geburtsort Emmendingen. Aufnahme 12. Aug. 07.

Klinische Diagnose: Sterilitas matrimonii.

Anatomische Diagnose: Tbc. des Peritoneums.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Angeblich nie krank gewesen. Erste Menses mit 16 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen. Oft Verstopfung, selten Erbrechen. Schmerzen im Unterleib links, Kopfschmerzen; Kräftezustand gut. P. fühlt sich vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig. Da die Ehe steril, konsultierte sie vor 4 Wochen einen Arzt, der Gebärmutterverwachsung feststellte und sie der Klinik überwies.

Status präsens: Knochenbau mittelkräftig, guter Ernährungszustand, Lungen o. B., Leib symetrisch, keine Erscheinungen von akuter oder abgelaufener Entzündung an den äusserlichen Genitalien. Uterus klein, retrovertiert, die Vorderwand des Rectums fest adhaerent, Tuben am uterinen Ende schlank, Ovarien in Adhäsionen eingebettet, lassen sich nicht isoliert austasten. Urin frei.

Operation 14. VIII. 07. Suprasymphyserer Querschnitt, Eröffnung des Peritoneums; aus der Bauchhöhle entleert sich ziemlich reichlich seröse Flüssigkeit. Die Serosa der Darmschlingen zeigt reichliche Knötchen (Tbc.), Uterus auf dem

Beckenboden adhaerent. Linke Tube schlank, Tube verschlossen. Links Ovarium frei. Peritoneum mit zahlreichen miliaren Knötchen bedeckt, auf der rechten Seite mit Tube und Ovarium in Adhäsionen eingegangen. Linke Tube am uterinen Ende verschlossen. Appendectomie, Appendix von enormer Länge, Serosa ebenfalls mit Knötchen bedeckt. Schluss des Peritoneums.

Verlauf: Wunde verheilt reaktionslos, keine Komplikationen. Subjektives Befinden sehr gut. Keinerlei Exsudatbildungen. Tastbefund wie vorher.

Nachuntersuchung: 3. VI. 10. Voll arbeitsfähig, keine Lungenerscheinungen. Uterus sinistro retroponiert, rechts neben dem Uterus ein gänseeigrosser, verwachsener Tumor.

34. R. Marie, 47 J. alt, seit 20 Jahren verheiratet, seit 6 Jahren verwitwet. Aufnahme 1. XII. 08. Frbg.

Klinische Diagnose: Ovarialcystom, Differentialdiagnose, Peritonealtbc.

Anatomische Diagnose: Serocele Tbc.

Anamnese: Mutter tot an unbekannter Krankheit, Ehemann an Gelb- und Wassersucht. Vor 4 Jahren Bauchfellentzündung. Erste Menses mit 16 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen. Letzte Menses vor einem Jahre. Seitdem keine Blutungen. 2 normale Entbindungen, letzte vor 14 Jahren. Schmerzen im Unterleib, immer leichter Druck. Unterleib aufgetrieben, Drängen nach unten, kein Husten, kein Auswurf. Kräftezustand mässig, Gewichtsabnahme in letzter Zeit. Seit der Bauchfellentzündung Leib aufgetrieben, Wasser im Leibe. Schmerzen, vor einem Jahre Recidiv, Leib wieder aufgetrieben, nachdem er vorher dünn war. Schmerzen; mit Schmierseife behandelt. Vor 6 Wochen plötzlich heftige Leibkrämpfe. Stuhl seitdem durchfällig. Leib jetzt wieder aufgetrieben.

Status präsens: Mittelkräftig gebaute Frau in reduziertem Ernährungs- und Kräftezustand. Muskulatur und Fettpolster gering entwickelt. Lungen o. B. Leib in der unteren Hälfte vom Nabel an abwärts beiderseits gleichmässig vorgetrieben. Aus dem kleinen Becken aufsteigend kindskopfgrosser Tumor, hart, prall, Dämpfung darüber. Corpus uteri vor dem Tumor liegend, beweglich. Urin frei.

Operation 10. XII. 08. S. Q. S. Erweiterung des Schnittes nach links. Nach Eröffnung der Fascie gelingt es nicht, in in die Bauchhöhle zu kommen, da der Tumor allseitig verwachsen ist. Bei der Lösung des Tumors von der Hinterwand der unteren Cyste, entleert sich seröse, klare Flüssigkeit. Die Cyste stellt sich als Serocele heraus. Nach Entleerung der Serocele werden die Blätter des Sackes zusammengenäht. Adnexe sind völlig in Verwachsungen gebettet. Schluss des Peritoneums.

Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes des Serocelenblattes wies eine ausgedehnte verkäsende Tbc. nach.

Verlauf: Wunde am 10. Tag trocken. 14 Tage nach der Entlassung wird P. von der Med. Poliklinik mit völlig offener tuberkulöser Bauchwunde eingeliefert. P. wird nach 12 tägiger Behandlung (Aetzung mit Jod) in die Med. Klinik verlegt.

Nachuntersuchung: 14. XII. 10. Kein Partus mehr, nur noch morgens Husten mit Auswurf (schwärzlich). Kein Blut, keine Schmerzen mehr auf der Brust, Uterus anteflektiert, beweglich, Fluor. Lungenbefund: Med. Klinik: Geringe Schallabschwächung über der rechten Spitze hinten, rauhes Atmen, mit spärlichen knackenden Geräuschen nach dem Husten, im Anfang des Inspiriums; geringer Katarrh rechts, keine nachweisbaren Infiltrationen.

35. N. Josefine, 23 J. alt, ledig. Geboren Waldkirch. Aufnahme 1. IX. 09.

Klinische Diagnose: Peritonealtbc.

Anatomische Diagnose: Desgleichen.

Anamnese: Eltern gesund, 2 Geschwister leben, 1 tot an Tbc. Erste Menses mit 14 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 6 Tage lang, ziemlich starke Blutungen, letzte Periode dauerte nur 4 Tage. Kein Partus, keine Fehlgeburt. P. klagt seit etwa 3 Wochen über Schmerzen im Leib. Unterleib aufgetrieben, kein Husten, kein Auswurf. Schweisse, besonders nachts. Anamnese bezüglich Appendicitis negativ.

Status präsens: Schwächliches, anämisches Mädchen. Hbg. 70% Leukocyten 12,800, Knochenbau grazil, Schleimhäute blass, Muskulatur schwächlich, Fettpolster gering. Lungen: deutliche Schallabschwächung in der rechten Supra- und Infraclaviculargrube. Ueber beiden Spitzen, besonders rechts, deutlich verschärftes und verlängertes Exspirium. Herz: zweiter verstärkter Pulmonalton, zweiter Aortenton klappend, Puls regelmässig, klein. Leib symetrisch vorgewölbt, Schmerzempfindlichkeit des Leibes in einer mehrere Zentimeter breiten Zone, die in Nabelhöhe quer über den Leib verläuft. Hymen perforiert, Uterus anteflektiert, klein, hart, Beweglichkeit eingeschränkt; Adnexe nicht deutlich zu tasten; rechts fühlt man harte Massen, die etwa bis zum Nabel reichen; links weniger; Parametrien frei.

Tuberkulinreaktion: Conjunktivalreaktion negativ bei 1%, Cutanreaktion positiv mit konzentriertem Alttuberkulin nach 24 Stunden, pfennigstückgrosse, mässig dicke Infiltration, wenig schmerzhaft. Urin klar, sauer, kein Zucker, kein Eiweiss.

Klinischer Verlauf: 11. IX. 09. Operation. S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums, Peritoneum sehr verdickt, es entleert zich eine gelblich seröse Flüssigkeit. Das ganze Peritoneum ist übersät mit kleinen Knötchen, ebenso Uterus und Därme. Schluss des Peritoneums. Heilung per primam. 27. IX. 09 Abrasio, mikroskopisch (Bericht des path. Instituts) an den Schleimhautfetzen des Corpus und der Cervix keine tuberkulösen Veränderungen. Entlassung: 1 X. 09. Subjektives Befinden gut, Wunde fest verheilt.

Nachuntersuchung: Mitte September 1909 von Geh. Rat Krönig untersucht, damals vollständig gesund befunden. Brief vom 15. VI. 10: Völlig gesund. Seit 21 Tagen in Dürrheim zur Kur (!).

36. W. Magdalene, 31 J. alt, seit 3 Jahren verheiratet, geb. Buchholz, aufg. 4. I. 09.

Klinische Diagnose: Peritonealtbc.

Anatomische Diagnose: Desgleichen.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, Ehemann gesund. 1898 Lungen- und Brustfellentzündung. Erste Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig. Kein Partus, keine Fehlgeburt, Stuhlgang regelmässig. Ausfluss vorhanden. „Brennende" Schmerzen im Unterleib. Brechreiz, kein Husten, kein Auswurf, Schwächegefühl, Gewichtsabnahme. Seit November 1908 allgemeine Beschwerden. Magenschmerzen nach dem Essen. Arzt verordnete Diät. Jetzt kommt sie in die Klinik, weil ihr Mann wissen will, „ob sie Kinder kriegen kann."

Allgemeiner Habitus: Robuste Bauersfrau. Leukocyten 6000. Knochenbau robust. Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Lungen: rechts hinten unten Atmung und Stimmfremitus etwas abgeschwächt.

Abdomenbefund nicht vorhanden.

Operation: 5. I. 09. Eröffnung des Peritoneums, wegen starker Verwachsungen Verlängerung des Schnittes nach rechts und links. Dünndarm und Peritoneum mit miliaren, grau-weisslichen Knötchen besetzt, rechte Tube am uterinen Ende schlank, am abdominellen Ende geht sie in ein kolbenförmiges Gebilde über, welches sich sehr hart anfühlt. Abdominelles Ende der rechten Tube geschlossen. Keine Knötchen. Linke Tube ebenfalls geschlossen, auch hier deutliche knollige, käsige Massen. Keine Knötchen. Schluss des Peritoneums nach Enucleation eines subserösen Myoms.

Glatter Verlauf.

Mikroskopische Untersuchung (Bericht des pathol. Instituts): An dem excidierten Netzstückchen sind schon makroskopisch miliare grau-weiss durchscheinende Knötchen zu erkennen. Mikroskopisch zeigen diese typische Tuberkelstruktur. Entlassung am 24. I. 09. Gebessert.

Nachuntersuchung:

25. VI. 10. Hat $^1/_2$ Jahr post operationem erst wieder Kräfte zur Arbeit gehabt. Hat aber Feldarbeit nicht viel leisten können. Kann jetzt mehr schaffen wie vor der Operation. Menses unregelmässig, alle 2—3 Wochen. Nicht so stark wie vor der Operation; sehr schmerzhaft. Sieht gut aus, Uterus infantil, retrovertiert. Schmerzen auf der rechten Seite im Leib.

37. B., Franziska, 35 J. alt, Hebamme, seit 15 Jahren verheiratet, aus St. Peter, Aufnahme am 10. VIII. 08.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica recidiva.

Anatomische Diagnose: Appendicitis + Peritonealtbc.

Anamnese: Vater tot an unbekannter Ursache, 4 Geschwister klein tot, 2 Kinder tot, Ehemann gesund, vor 4 Jahren Blinddarmentzündung. Seither recidivierende Schmer-

zen. 1. Menses mit 14 Jahren. Regelmässig alle 4 Wochen, sehr stark, Schmerzen im Leib. 6 Geburten, letzte Juli 1903, 1 Fehlgeburt, Menses VI 1904. P. kommt wegen der Blinddarmreizung in die Klinik.

Status präsens: ziemlich lang aufgeschossene, magere, aber gesund aussehende Frau. Herz und Lungen o. B. Leib flach symetrisch. Bauchdecken mager, faltig und schlaff, nirgends eine Resistenz oder Druckempfindlichkeit Uterus und Adnexe o. B. Urin klar, sauer, kein Eiweiss, kein Zucker. Operation am nächsten Tage. Kocher'scher Schrägschnitt, Eröffnung des Peritoneums. In der Bauchhöhle klare seröse Flüssigkeit. Dünn- und Dickdarm massenhaft mit miliaren grauen Knötchen besetzt. Am Appendix Adhäsionen. Appendectomie. Schluss des Peritoneums.

Klinischer Verlauf: Idealer afebriler Verlauf, Entlassung am 24. VIII. 08. Subjektives Befinden sehr gut, Wunde trocken, fest.

Nachuntersuchung: 4. VI. 10. War voll arbeitsfähig, keinerlei Klagen. Lungen o. B. Hatte im Januar 1910 einen Abort im 4. Monat spontan. Seither unregelmässige, häufige, starke Menses, auch jetzt leicht blutiger, braungelber Fluor. Uterus über Hühnereigross, etwas weich, beweglich. Rechte Adnexe geschlängelt. Adhäsionen???

38., Z. Paula, 14 J., geb. Unterkirnach. Aufnahme: 22. IV. 07. Entlassen: 24. V. 07.

Klinische und anatomische Diagnose: Peritoneal Tbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. P. angeblich immer gesund. 1. Menstruation mit 13 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 3—4 Tage lang. Seit September 06 blieb die Regel aus und ist seitdem nicht wieder aufgetreten. Seit Herbst zeitweilig leichte Schmerzen im Unterleib, welche

sich aber durchaus nicht an die Termine der Periode hielten. Vor 6—7 Wochen wurde ein Arzt wegen Schwäche und Blässe der P. konsultiert. Behandlung ohne Erfolg. Von einem hinzugezogenen Frauenarzt hierherverwiesen.

Status: Anaemisches Mädchen in geringem Ernährungszustand. Knochenbau gracil. Muskulatur und Fettpolster schlecht entwickelt. Ueber der rechten Lungenspitze verlängertes Exspirium. Abdomen stark gespannt. Nabel verstrichen. 2 Querfinger unterhalb des Nabels beginnt starke Dämpfung, welche in einer nahezu geraden Linie von links nach rechts verläuft. Im Gebiete dieser Dämpfung ist überall eine Resistenz, welche auf der 1. Seite bretthart ist, zu fühlen. Grosse Druckempfindlichkeit. Kein Ascites. Corpus uteri nicht abzutasten, Portio gut beweglich, am rechten ligamentum douglasi ein kleines Knötchen. Am Beckeneingang knollige, unregelmässige, harte, nicht empfindliche Tumoren, die fest fixiert sind und gegen die sich der Uterus verschieben lässt.

Tuberkulinprobe: Lokale Reaktion, leichte Rötung. Auf 1/5 mmg nur Kopfschmerzen. Auf 1 u. 3 mmg keine Reaktion. Auf 6 mmg etwas matt und leichte Kopfschmerzen. Temperaturerhöhung bei 6 mmg auf 37,9 morgens.

Operation: 4. V. Längsschnitt in der Medianlinie von 12 cm Länge. Nach Durchtrennung der Fascie stösst man auf derbes, schwieliges Gewebe. Bei vorsichtigem Weiterpräparieren in die Tiefe dringt plötzlich dünner, gelblicher Eiter hervor. Man gelangt in einen mit weichem, rötlichen Granulationen ausgefüllten Herd, der unter Leitung der Hohlsonde gespalten wird. Die Granulationen haben das Aussehen von Tbc. Schluss der Operation.

Mikroskopischer Befund: Dicht gestellte, grösstenteils verkäste Tuberkel, teilweise mit typischen Riesenzellen.

Verlauf: Afebrile, reaktionslose Wundheilung. Wunde am 10. Tage an 2 Stellen granulierend; sonst trockener Schorf.

Therapie: Sonnenbäder, Leberthran usw.

Entlassungsbefund: Subjektives Wohlbefinden; Wunde bis auf zwei oberflächliche, granulierende Defekte verheilt. Leib bedeutend weicher. Keine grösseren Tumoren mehr festzustellen.

Nachuntersuchung: Sept. 1909 von Geh. Rat Kroenig untersucht, für gesund befunden.

39. D. Julianne, Bahnarbeitersfrau, 43 J., seit 22 Jahren verheiratet.

Aufnahme: 2. VIII. 06. Entlassen: 31. VIII. 06.

Klinische und anatomische Diagnose: Peritonitis Tbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Scharlach, sonst nie krank. 1. Menstruation mit 15 Jahren regelmässig, 3—4 Tage, mässige Schmerzen. 5 Partus, 1 Fehlgeburt. 2 Mal Zange. Nur 2 Kinder gesund. Stuhlgang: seit 14 Tagen Verstopfung. Kein Husten, kein Auswurf. Fühlt sich in letzter Zeit äusserst schwach und hat stark abgenommen. Vor 14 Tagen eines Morgens wiederholtes Erbrechen, kein Stuhlgang, der Leib schwoll in wenigen Tagen stark an. Der Arzt verordnete Arznei und Tee; ohne Erfolg.

Status: kleine mittelstarke Frau. Knochenbau, Muskulatur und Fettpolster mässig entwickelt. Lungen o. B. Inguinaldrüsen nicht zu fühlen. Uterus und Adnexe o. B. Rectal keine Einlagerungen von Knötchen im Douglas zu tasten.

Operation: 7. VIII. Nach Eröffnung des stark verdickten parietalen Blattes des Peritoneums erblickt man zahlreiche miliare Tuberkelknötchen. Das gleiche Bild zeigt eine herausgehobene Dünndarmschlinge. Im Becken und in der Bauchhöhle fühlt man gleiche Eruptionen miliarer Knötchen. Schluss des Peritoneums.

Verlauf: Ohne Komplikation.

Entlassung: gebessert.

Nachuntersuchung: 2. Juni 1910. Ist voll arbeitsfähig, nur beeinträchtigt durch Hernie von talergrosser Oeffnung, von alter Sticheiterung herrührend.

Befund: Gesund aussehende Frau, Uterus klein, anteflektiert, beweglich. Links Ovarium o. B., rechtes Ovarium hühnereigross, leicht fixiert an der Beckenwand.

40. Sch. Franziska, Fabrikarbeiterin, 21 Jahre, aus Aftersteg. Aufnahme 13. 5. 05.

Klinische Diagnose: Peritonealtbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. P. ist 21 J. alt, hat noch nicht menstruiert, seit dem 14. Lebensjahre ununterbrochen mit Fabrikarbeit beschäftigt. Mit 17 Jahren Masern. Seit 5 Wochen Schmerzen im Unterleib, besonders morgens. Gleichzeitig fiel der P. auf, dass ihr Leib stärker wurde.

Status präsens: Kleines atrophisches Mädchen, von blasser Gesichtsfarbe, Lungen und Herz o. B. Abdomen links vom Nabel vorgewölbt. Inguinaldrüsen nicht infiltriert. Unterhalb des linken Rippenbogen ein derber, nur wenig beweglicher Tumor, der bis 2 Querfinger unter Nabelhöhe reicht, und nach unten mit convexem, ziemlich scharfem Rande abgrenzt. Die Oberfläche des Tumors ist glatt. Ueber dem Tumor Dämpfung bis zum Rippenbogen.

Bei starker Perkussion tympanitischer Schall durchklingend. Grösster Umfang des Leibes 74 cm. Hinter dem Uterus ein kleinfingerdicker, mit knötchenförmigen Einlagerungen versehener Strang, der dem hinteren Douglas adhaerent ist. Adnexe o. B.

Klinischer Verlauf: 31. V. 05. Vollbäder und elektrische Schwitzbäder. Abnahme der Geschwulst nicht zu konstatieren.

13. VI. 05. P. hat in 3 Wochen 2 Kilo zugenommen, ist beschwerdefrei.

21. VI. 05. Operation: Probelaparatomie.

28. VI. 05. Wunde in der Mitte etwas sezernierend, Verbandwechsel. Fieberfreier Verlauf. Vom 6. VII. an Bestrahlung mit Solar.

18. VII. Schmierkur mit grüner Seife.

25. VII. 05. Schmierkur am 23. VII. von neuem begonnen. P. hat an Gewicht zugenommen.

29. VII. 05. Entlassung: Laparatomiewunde fest verheilt. In der Gegend des Querkolons ein derber, dicker, etwa handbreiter Wulst nicht ganz deutlich zu fühlen. Im Douglas derbe, bis haselnussgrosse Knoten. Allgemeinbefinden gut. P. hat seit der Aufnahme $4^1/_2$ Kilo zugenommen.

Nachuntersuchung: Untersuchung im Klinischen Krankenhaus; Lunge: weder bei Durchleuchtung, noch durch Perkussion etwas nachweisbar am 19. XI. 10. P. hatte bis 2 Jahre p. operationem überhaupt keine Menses gehabt. Dann vor 3 Jahren erste Periode, anfangs alle Vierteljahr, jetzt alle 6 Wochen; fühlt sich besser wie vor der Operation. Schafft schwere Arbeit (Weberei) ganz ohne Beschwerden. Uterus klein, retrovertiert, fixiert, linkes

Ovarium etwas beweglich. Rechte Adnexe wenig verdickt, verwachsen.

41. St. Theresia, 18 J., aus Herbolsheim, Dienstmädchen. Aufnahme 13. I. 10.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa exsudativa.

Anamnese: Eltern tot, Ursache unbekannt, Geschwister alle gesund, erste Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4 Tage lang ohne Schmerzen, viel Blutverlust, letzte Menses vor 3 Wochen. Kein Partus, keine Fehlgeburt, kein Erbrechen, keine Schmerzen im Leib oder Kreuz, Husten und Auswurf vorhanden. Schweisse, besonders nachts und morgens. Starke Gewichtsabnahme. Anamnese hinsichtlich Appendicitis negativ. P. war angeblich immer gesund, seit dem letzten Jahre wurde sie immer schwächer; Darmkatarrh, Husten und Auswurf, viele Nachtschweisse, oft Fieber. Seit 3 Wochen Stärkerwerden des Leibes, dazu Schmerzen in der Magengegend. Vom Arzt zur Punktion in die Klinik geschickt.

Status: Hämoglobingehalt 52%, Leukocyten 2700. Knochenbau gracil, Muskulatur und Fettpolster mässig entwickelt. Lungen: Ueber beiden Spitzen Dämpfung, verschärftes Expirium, Leib und Nabel vorgewölbt. Auf Druck in der Nabelgegend und rechts oberhalb der Leistenbeuge Schmerzempfindung. Uterus und Adnexe o. B. Der Leib ist prall gefüllt, fluktuiert. Links ist eine harte Masse zu fühlen (aufgeballtes Netz). Urin o. B. Konjunktivalreaktion negativ, Pirquet negativ.

29. I. Operation: Intravenöse Narkose. Peritoneum stark verdickt, sulzig. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich eine grosse Menge Ascites. Peritoneum mit Knötchen besetzt, ebenso Uterus, Tuben und Ovarien.

Uterus sehr klein, anteflektiert, Tuben schlank, Ovarien klein. Därme miteinander verwachsen, Probeexcision aus dem Peritoneum, Schluss des Peritoneums.

Heilung der Wunde durch Granulationen. Der Lungenprozess macht rapide Fortschritte, besonders rechts. Ueberall lautes Rasseln, starke Nachtschweisse, allabendlich Temperaturerhöhung bis 39,5. Am 14. III. ad internos verlegt; Wunde granulierend, Leib prall gespannt, Genitalia wie bei der Aufnahme. Am 16. VII. 10, Exitus unter zunehmenden Lungenerscheinungen.

Sektion: (Pathologisches Institut) Diffuse Peritonealtuberkulose, käsige Salpingitis. Milztumor, alte und frische Tuberkulose der tracheo-bronchialen Lymphknoten. Phthisis pulmonum.

42. M. Lousie, Dienstmädchen, 21 J., aus Mauchen. Aufnahme 10. V. 1910.

Diagnose: Peritonitis tuberculosa exsudativa acuta.

Anamnese: Eltern gesund, 14 Geschwister, 4 klein gestorben. P. ist angeblich nie krank gewesen. Erste Menses mit 18 Jahren regelmässig 4—5 Tage lang, ohne Schmerzen, geringer Blutverlust. Letzte Menses vor drei Wochen. In den letzten Tagen viel Durchfall und Urinverhaltung, Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Abdomen stark aufgetrieben. Schlaf gut, schlechter Kräftezustand. Seit 3 Tagen Fieber, der Leib wurde immer dicker, sehr druckempfindlich. P. fühlte sich schwach, arbeitete aber weiter. Von der Med. Poliklinik hier hingeschickt. Abendtemperatur 39,6.

Status: Hgb. 56 %, Leugocyten 5500. Knochenbau mittelstark, Schleimhäute blass, Muskulatur und Fettpolster mässig entwickelt. Lungen: Rechts Tympanie bis zur

dritten Rippe. Leichter bronchialer Katarrh. Links: bis zur vierten Rippe herab alte Verwachsungen, kein Katarrh. In beiden Spitzen alte, vielleicht auch neue Herde, ohne katarrhalische Geräusche. Herz: Kleines systolisches Geräusch an der Spitze. Leib stark aufgetrieben, sehr druckempfindlich, enthält freie Flüssigkeit. Hochstand der Leber. Uterus anteflektiert, retroponiert, sehr klein, hart. Adnexe wegen der prallen Bauchdecke nicht zu tasten, kein Tumor fühlbar.

Verlauf: 10. V. Temperatur p. m. 39,9°. P. sehr apatisch, Leib sehr druckempfindlich, starke Schmerzen. Abends Morphium, Eisbeutel auf den Leib.

20. V. Befinden etwas besser, Temp. bis 39,0.

Operation in Lumbalanästhesie. Längsschnitt in der Medianlinie, Eröffnung des Peritoneums. Es entleert sich im Sprudel etwa 2 Liter gelbe klare seröse Flüssigkeit. Peritoneum stark verdickt mit zahlreichen Knötchen besetzt, Darmadhäsion. Eingiessen von 50 ccm 5%ig. Kampferöllösung in die Bauchhöhle. Probecurettement.

Mikroskopische Untersuchung (Pathologisches Institut). Typische Peritonealtuberkulose. Im Curettement keine Zeichen von Tuberkulose.

Am dritten Tage post oper. Temperatur 39,4. Am 4. Tage 39,7. P. fühlt sich sehr schwach. Leib wieder angeschwollen.

28. V. Narbe aufgeplatzt, es entleert sich seröse Flüssigkeit, Fango-Wickel.

5. VI. Keine Besserung, Kotfistel, Verlegung auf die septische Station.

17. VI. Leib stark angeschwollen, Kotfistel besteht noch. P. sehr verfallen. Nahrungsaufnahme sehr gering.

Verstärkte Lungenerscheinung. Abendliche Temperaturen bis 39,7 (Axillar). Grosse Tagesremissionen. Unter zunehmendem Kräfteverfall und starker Abmagerung erfolgt am 2. Juli früh der Exitus letalis. Sektion verweigert.

43. M. Katharina, 26 J., seit 6 Jahren verheiratet, geb. in Südtirol. Aufn. am 19. XII. 08.

Klinische und anatomische Diagnose: Peritonitis tuberculosa subacuta.

Anamnese: Ehemann gesund. Vater tot an Phthise, 1 Kind mit 10 Monaten tot an Lungenleiden. Angeblich früher immer gesund gewesen. Erste Menses mit 14 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 3—5 Tage lang, wenig Blutverlust, ohne Schmerzen. Letzte Menses seit der Geburt im August noch nicht wieder. 5 Entbindungen, spontan. Letzte 9. August 08. Keine Fehlgeburt. Appetit schlecht, Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen. Unterleib aufgetrieben, kein Husten, kein Auswurf. Kräftezustand mässig, Schwäche, seit der letzten Geburt starke Schmerzen im Unterleib, Leib ist nicht dünner geworden, sondern hat im Gegenteil zugenommen. Sonst hat Patientin keine Klagen. Bis vor 3 Tagen hat Patientin ihr Kind gestillt.

Anamnese hinsichtlich Appendicitis völlig negativ.

Status präsens: Magere, ziemlich blasse Frau, Habitus phthisicus, Muskulatur und Fettpolster gering entwickelt, Schleimhäute blass. Lungen keine Dämpfung, Atemgeräusch h. u. etwas verschärft. Leib vorgewölbt, etwas gespannt. Inguinaldrüsen wenig geschwollen. Im Abdomen leicht bewegliche Fluktuation zeigende Flüssigkeit. In den seitlichen Partien Dämpfung, die bei Lagewechsel leicht verschieblich ist. Uterus aus dem durch die beweg-

liche Flüssigkeit und die Därme gebildeten Bauchtumor nicht gesondert austastbar. Ebenso Tuben und Ovarium.

Operation 22. XII. 08: S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums, welches hochgradig verdickt ist. Am Peritoneum parietale zahlreiche miliare Knötchen sichtbar. Beim Betasten fühlt man in der ganzen Bauchhöhle, besonders im Douglas, zahlreiche Knötchen. In der Bauchhöhle etwa 3 Liter freie, gelblich-grüne Flüssigkeit, die abgelassen wird. Excision eines Stückchens des Peritoneums parietale zur mikroskopischen Untersuchung. Schluss des Peritoneums.

Mikroskopische Untersuchung wies zahlreiche Tuberkel und teilweise mit Verkäsung nach.

Verlauf: Wunde am 10. Tage trocken. P. erholt sich nach der Operation etwas, doch bestehen die subfebrilen Temperaturen weiter. Am 21. Tage post operationem Probeabrasio, im Curettement keine Tbc. gefunden.

Entlassung am 17. I. 09. (30. Tag p. oper.) Subjektives Befinden mässig. Leib wieder aufgetrieben, durch erhebliche Ascitesmengen; abends beständig subfebrile Temperaturen. Bauchwunde gut geheilt.

Wiederaufnahme am 6. III. 09. Kräftezustand gering. Gewichtsabnahme. Stuhlgang verstopft, oft blutig tingiert. Schmerzen in der Magengegend, die nach unten ziehen. Seit ihrer Entlassung nahmen die Schmerzen wieder an Heftigkeit zu. Der Leib wurde wieder grösser. Nabel auf Druck schmerzhaft. P. musste zu Hause fast den ganzen Tag zu Bette liegen. Weil die Schmerzen fast unerträglich wurden, Aufnahme in die Klinik.

Status präsens: Kleine, blasse, magere Frau in schlechtem Ernährungszustand. Hbg. 46%, 28,000 Leukocyten, 4,600,000 Erythrocyten. Muskulatur mässig entwickelt,

Fettpolster gering. Lungen über den Spitzen, besonders rechts, Dämpfung. In beiden Supraclaviculargruben Dämpfung. Atemgeräusch über der rechten Spitze verschärft, besonders im Exspirium. Atemgeräusch über der linken Spitze l. h. abgeschwächt, über beiden Lungen inspiratorisches und exspiratorisches Giemen. Untere Partien der rechten Lunge verschärftes Inspirium. R. v. bis zum 3. Interkostalraum verschärftes Inspirium. Links vorne Atemgeräusch abgeschwächt, bis zum 2. I. K. R. Von da an verschärftes Atmen. Herztöne leise, keine Geräusche. Puls regelmässig, mässig gefüllt. Leib kugelig symetrisch vorgewölbt. Leib fühlt sich besonders in den oberen Partien etwas hart an, unten etwas weicher, Palpation sehr schmerzhaft. Man fühlt Knoten durch die Bauchdecken durch. Freie Flüssigkeit nicht nachweisbar. Perkussionschall, überall, auch auf den Seiten tympanitisch. Besonders derbe Resistenz rechts seitlich, etwa in Nabelhöhe, die sehr schmerzhaft ist. Etwas oberhalb der Symphyse eine feste Narbe von 8 cm Länge. Keine Dämpfungsgebiete. Grösster Umfang des Leibes 83 cm. Uterus aus dem Bauchtumor nicht isoliert auszutasten. Untersuchung sehr schmerzhaft. Im hinteren Douglas eine sehr schmerzhafte Resistenz fühlbar. Adnexe nicht auszutasten. Rektum frei. Man fühlt wiederum die schmerzhafte harte Resistenz im Douglas. Urin flockig, sauer, im Sediment Erythrocyten, Leukocyten, viele Bakterien. Im gefärbten Präparat zahlreiche Kolibazillen. Keine Tbcb. Cylinder, kein Eiweiss, kein Zucker.

Verlauf: 8. III. Die Kranke fühlt sich sehr elend, hustet viel, starke Leibschmerzen. Leib hochgradig druckempfindlich. Morphium.

10. III. Es hat sich hohes Fieber mit tiefen morgendlichen subnormalen Remissionen eingestellt: 3,66°—40,0°. Befinden sehr schlecht, beständiges Brechen. Lungen beiderseits phthisisch. Puls klein, frequent. Genitalorgane nicht isoliert auszutasten. Leib stark aufgetrieben. Ueberweisung in die Med. Klinik.

15. III. 09. Gest. an Tbc. (Lungen u. Pleura.)

44. F. Marie, Buchhaltersfrau, 33 J., verh. seit 9 J., geb. in Neustadt.

Aufnahme: 8. III. 06. Entlassen: 21. IV. 06, gebessert.

Klinische Diagnose: Chronischer Ileus bei Peritoneal-Tuberkulose.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Mit 23 Jahren leichte Blinddarmentzündung. Erste Menstruation (?), regelmässig, 3—4 Tage lang, schwach. Beginn der Krankheit vor 5 Jahren: Frösteln, Leibschmerzen. Während der folgenden 2 Wochen Unbehagen, Verdauungsstörungen, öfters bettlägerig. Vor 14 Tagen vermehrte Leibschmerzen. 3—4 Tage lang Diarrhoe. Rasch zunehmendes Schwächegefühl; Appetitlosigkeit. Andauernd vermehrte Darmtätigkeit; Kollern und Gurren. Auftreibung des Leibes. In den letzten Wochen 3—4 mal Erbrechen. Dieses trat in den letzten Tagen gehäuft auf. In der Med. Klinik Kotbrechen beobachtet. In die hiesige Klinik verlegt.

Status präsens: P. sieht sehr elend aus; macht schwerkranken Eindruck. Faecukentes Aufstossen, kein Erbrechen.

Lungen: o. B.

Puls: Beschleunigt, weich.

Abdomen: Vom Nabel abwärts stark aufgetrieben; bretthart gespannt und druckempfindlich. Tiefe Palpation nicht möglich. Becken-Eingang von derben Tumor-Massen

ausgefüllt. Unbestimmter Schallwechsel. Im Bereich des Hypogastriums bei oberflächlicher Perkussion an einzelnen Stellen Schallverkürzung. Bei der Auskultation des Abdomens hört man ab und zu Gurren.

Uterus: Retrovertiert. Im Douglas fixiert.

Urin: Klar, spez. Gewicht 1032. Kein E. Kein Z. Reichlich Indican.

Probe-Laparatomie: 9. III. 06. Schnitt in der Mittellinie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Netz überall an der vorderen Bauchwand verwachsen und die Därme überall durch dicke Schwarten miteinander fest verklebt. Von der Blase wird ein Convolut von Darmschlingen abpräpariert und die Bauchhöhle dann wieder geschlossen.

Verlauf: Wunde heilt gut. Elektrische Schwitzbäder. 16. III. Erbrechen. Vorher Aufstossen und Darmversteifungen. 25. III. vermehrte gleiche Erscheinungen. Vom 29. ab Besserung des Allgemeinbefindens. Täglich Fango-Packungen. Am 40. Tage post oper. im untern Wundwinkel kleine, secernierende Fistel.

Entlassungsbefund: am 21. IV.: P. klagt noch über häufige Blähungsbeschwerden, ab und zu Erbrechen nach mehrstündigem Uebelsein. Keine Gewichtsabnahme. Fistel mit festem Schorf bedeckt, secerniert nicht mehr. Unterleib mässig aufgetrieben. Beckeneingang durch Tumormassen ausgefüllt, welche rechterseits bis zum Nabel gehen, seitlich bis an die rechte Beckenschaufel heranreichen, sich derb anfühlen, zum Teil gegeneinander verschieblich sind. Linke Unterleibsgegend fühlt sich jetzt im Allgemeinen weich an. Nur hie und da in der Tiefe strangförmige Verdickungen.

Nachuntersuchung: Laut Brief des Ehemanns geht es der Frau gut.

45. Kl. Frieda, 25 J. alt, ledig, geb. in Wagenstadt. Aufg. 27. IV. 09.

Klinische Diagnose: Appendicitischer Senkungsabcess.

Differentialdiagnose: Pelviperitonitis Tbc.

Anatom. Diagnose: Peritonitis et Pelviperitonitis Tbc.

Anamnese: 1 Schwester lungenkrank, mit 12 Jahren Diphtherie, mit 22 Jahren Pleuritis. Erste Menses mit 16 Jahren, regelmässig, starker Blutverlust. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Stuhlgang unregelmässig, Obstipation, Schmerzen im Unterleib, Nachtschweisse, in letzter Zeit Gewichtsabnahme, Kräftezustand gut.

Am 24. III. 09 starke Schmerzen im Unterleib mit Fieber, kein Stuhlgang, Schmerzen beim Wasserlassen. Nach etwa 14 Tagen liessen die Schmerzen wieder nach. Jetzt besteht noch Schmerzhaftigkeit des Unterleibes auf Druck. Der Arzt verordnete Sitzbäder und Ausspülungen.

Die Unterleibsschmerzen sollen schon seit einigen Jahren bestehen.

Anamnese hinsichtlich Appendicitis unklar.

Status präsens: Mittelgrosses, mässig ernährtes Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe. Hbg. 88 %, Leukocyten 9500, Knochenbau grazil, Muskulatur und Fettpolster gering entwickelt. Lunge: Ueber der rechten Spitze leichte Schallverkürzung, Rasseln, sonst o. B. Stimmfremitus links hinten etwas stärker als rechts. Leib in den unteren Partien leicht vorgewölbt, rechts etwas stärker wie links. Corpus anteflektiert, sinistroponiert, hühnereigross, hart, schlecht beweglich, linke Adnexe frei, rechts fühlt man einen über kindskopfgrossen, mässig harten, eindrückbaren, leicht

schmerzhaften Tumor, der sich vom Uterus nicht gut abgrenzen lässt und bis zum Douglas reicht. Parametrien frei.

Tuberkulinreaktion: Konjunktivalreaktion negativ bei 1% und 2% Cutanreaktion mit konzentriertem Alttuberkulin positiv nach 12 Stunden, kleine schmerzlose Infiltration. Urin leicht flockig, sauer, kein Eiweiss.

Klinischer Verlauf: 10. V. 09 Tumor in alter Grösse noch vorhanden, nicht mehr so druckempfindlich. P. ist heiser, Untersuchung in der Halsklinik wird verweigert. Leukocyten 12 000, Eisblase. 26. V. 09 Operation S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums. Das ganze Peritoneum ist mit tuberkulösen Knötchen bedeckt, der ganze Dünndarm mit grauen Knötchen besät, mit den Adnexen fest verwachsen. Schluss der Operation.

Nach der Operation vom 1. bis 12. Tag subfebrile Abendtemperaturen. Häufige Nachtschweisse. Temperaturen bis 38,9. Nach der Operation tuberkulöse Veränderung auf den Lungen wahrnehmbar.

Entlassungsbefund am 15. VI. 09: Subjektives Befinden gut; über der linken Spitze verschärftes Atmen mit vielen feuchten, mittel- und feinblasigen Rasselgeräuschen. Bauchwunde gut verheilt. Vaginaler Befund wie vorher.

Nachuntersuchung: Gestorben an Tbc.

46. J. Marie, 33 Jahre alt, seit 1898 verheiratet. Geboren in Hüfingen. Aufgenommen 16. VII. 08.

Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica adhäsiva Tbc.

Anamnese: Vater tot, mit 57 Jahren an Wassersucht. Mutter tot, lungenleidend. Geschwister: 2 leben, sind gesund, eines tot mit 12 Jahren an Lungenerkrankung. P. 1903 Pleuritis exsudativa, Januar 08 Pneumonie mit

leichter Pleuritis. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 5 Tage lang starke Blutung ohne Schmerzen. 4 normale Entbindungen, letzte Dezember 1907. Keine Fehlgeburt. Stuhlgang normal, kein Erbrechen, Schmerzen im Unterleib, seitlich unter dem Nabel. Kreuzschmerzen, Auftreibung des Unterleibs, Drängen nach unten. Husten und Auswurf. Herzklopfen, Schwäche, Schweisse, Schlaf durch Husten gestört. P. hat abgenommen, von 116 auf 98 Pfund. Hektisches Fieber bis 38,5.

In der letzten Schwangerschaft Husten, Januar 08 Lungen- und Rippenfellentzündung, seitdem ständig Husten und Auswurf. Nachtschweisse, Abmagerung. War 5 Wochen in Nordrach. Hat dort 4 Pfund abgenommen. Jetzt zeitweise Schmerzen im Leibe, Schwäche, Husten.

Status präsens: Magere, anämische Frau, mit ausgesprochenem phthisischen Habitus. Knochenbau grazil, Muskulatur mässig, Fettpolster sehr gering, Schleimhäute blass, 7600 Leucocythen.

Lungenbefund: Links hinten oben Dämpfung bis zur Schultergräte. Rechts hinten oben Dämpfung bis zum 5. Prozessus spinosus. Ueber der übrigen Lunge verkürzter Schall. Untere Grenze: hinten rechts 10. Brustwirbel, unverschieblich, links hinten 12. Brustwirbel, gut verschieblich. Rechts hinten unten verschärftes In- und Exspirium mit feinem Rasseln und etwas Reiben. Rechts hinten oben rauhes Exspirium, mittelblasige, zum Teil klingende Rasselgeräusche. Rechts vorne bis zur 4. Rippe Bronchialatmen, mit reichlichem Rasseln. Links vorne oben vereinzeltes Rasseln. Stimmfremitus r. h. u. abgeschwächt. Puls 118, regelmässig, klein. Leib: kein Ascites, Meteoris-

mus mässigen Grades. Leib gespannt, kugelig. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Uterus etwas vergrössert, dextroponiert, anteflektiert, antevertiert. Auffällig weich. Links vom Uterus fühlt man einen fast kindskopfgrossen, weichen Tumor. Rechts neben dem Uterus ein gleicher Tumor von ähnlicher Consistenz. Beide sind hinter dem Uterus nicht abtastbar. Urin frei.

18. VII. 08. S. Q. S. Eröffnung des Peritoneums, Netz liegt vor, zeigt zahlreiche Tuberkelknötchen. Da es eine trockene Tbc. ist, kein Ascites vorhanden, Schluss des Peritoneums. Verlauf: Wunde am 10. Tage sezernierend. Entlassungsbefund am 2. VIII. 08. Subjektives Befinden unverändert, Wunde jetzt trocken.

Nachuntersuchung: Bericht von Dr. Wack, Hüfingen: Die Lungentbc. hat nach der Operation rapide Fortschritte gemacht. Wenn auch die Genitaltbc. sich ausbreitete, so trat sie doch gegen die Lungentbc. in den Hintergrund.

47. R. Agathe, Dm., 28. Jahre. Aufnahme: 22. V. 05.

Klinische Diagnose: Ca. Ovarii.

Anamnese: Vater tot an Lungenentzündung. Mutter gesund. 8 Geschwister tot (klein), Ursache unbekannt. P. angeblich immer gesund. Erste Menses mit 16 Jahren regelmässig. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Körperbau und Gesicht asymmetrisch, degeneriertes Aussehen. Ernährungszustand gering, seit $1^1/_2$ Monaten abgemagert. Oft Verstopfung; in letzter Zeit Nachtschweisse. Seit Jan. 1904 merkte P., dass der Leib stärker wurde, und in ihm eine Verhärtung war, die mit der Zeit grösser wurde. Seit $1^1/_2$ Monaten Schmerzen im Leib, Kreuz und Rücken. Aerztliche Behandlung ohne Erfolg. Kopfschmerzen und Mattigkeit, die seit Jahren bestehen, haben sich seit der

letzten Krankheitserscheinung vermehrt. Die Periode ist nicht stärker geworden. Manchmal stechende Schmerzen in letzter Zeit. P. ist seit einigen Monaten arbeitsunfähig. Herz und Lungen o. B. Keine Knochen- und Drüsen-Tbc.

Operation: 3. VI. 05. Schnitt von der Symphyse bis dicht unter den Nabel. In der Mitte des Schnittes ist das Peritoneum an verschiedenen Stellen verwachsen, daher wird die Eröffnung weiter oben gemacht. Netz oben vollkommen verwachsen, ebenso unten. Der Schnitt wird deshalb bis über Nabelhöhe verlängert. Nachdem man sich an einer Stelle mit dem Finger stumpf durchgearbeitet hat, sieht man auf dem vorliegenden Darm das Peritoneum überall mit kleinen Knötchen besät. Probeexcision aus dem Peritoneum. Schluss der Bauchwunde.

Vor der Operation: Am 2. Tage Fieber 38,4°, sonst fieberfrei.

Entlassung: 63 Tage post operationem als gebessert. Am 10. Tage post operationem war die Wunde an 3 Stellen auseinandergewichen, nässte. Bei der Entlassung Wunde trocken, verheilt.

Nachuntersuchung: 16. VI. 10. Noch nicht voll arbeitsfähig. Uterus retrovertiert, fixiert. Ueberlagert von links her durch hühnereigrossen verwachsenen Tumor. An der Narbe, kleine, kaum pfenniggrosse Hernie. Rechts alles frei. P. sieht gesund aus. Lungenbefund: Med. Klinik: Geringe Schallabschwächung über der linken Spitze, sonst o. B.

48. F. Emma, 17 Jahre, nicht verheiratet. Aus St. Gallen (Schweiz). Aufgenommen 2. VII. 08.

Klinische Diagnose: Tbc. peritonei.

Anatomische Diagnose: Tbc. peritonei.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, als Kind Scharlach und Lungenentzündung. Erste Menstruation mit 15 Jahren, unregelmässig, 3 Tage lang, mässige Blutung, seit Anfang d. J. regelmässig. Letzte Menstruation im März d. J. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Schmerzen im Unterleib, Kräftezustand sehr gering, starke Gewichtsabnahme, im Beginne der Krankheit starke Schweisse, jetzt weniger.

Vor einem Vierteljahr Beginn der Krankheit mit Schmerzen im Leib. Einmal rechts, einmal links, stechend, sich häufig wiederholend, seitlich unter dem Rippenbogen. Die Schmerzen nahmen zu, bis P. vor 8 Wochen bettlägerig wurde, seitdem ständig im Bett. Häufige Durchfälle, 4 Wochen lang bei schlechtem Appetit, letzte 4 Wochen Stuhlgang normal. Vor 4 Wochen 8 Tage lang häufiges Erbrechen. Leib ist stärker geworden. Wechselnde Schmerzen im ganzen Leibe. Arzt verordnete schmerzlindernde Mittel, zuletzt Schlafmittel.

Status präsens: Aeusserst mageres, kachektisch aussehendes Mädchen, Knochenbau schwach, Muskulatur und Fettpolster gering. Lungen o. B. Leib vorgewölbt, hart, Inguinaldrüsen wenig geschwollen. Leib diffus druckempfindlich, kein deutlicher Tumor fühlbar. Doch fühlt man unter den Bauchdecken eine Resistenz, (ein Convolut zusammengebackener Därme?)

24. VII. 08. Operation, Längsschnitt, 2 Querfinger unterhalb des Nabels abwärts, 6 cm lang. Beim Versuche das Peritoneum zu eröffnen, wird eine mit demselben verwachsene Darmschlinge angeschnitten und sofort wieder geschlossen. Peritoneum und Darmserosa überall mit Knötchen bedeckt. Schluss der Operation.

Verlauf: ohne Besonderheiten, Wunde am 10. Tage völlig primär verheilt und trocken. Mikrosk. Präparat: ein kleines Partikelchen Darm zeigt mikrosk. keine Zeichen von Tbc.

Entlassungsbefund am 5. VIII. 08. P. fühlt sich wohl und sieht etwas besser aus. Wunde trocken, völlig primär verheilt, ohne Fistel.

Nachuntersuchung: Eigener Bericht vom Ende 1910. Kein Partus mehr. Es ist ihr unmöglich, wie vor der Operation zu arbeiten. Ihr Kräftezustand habe bedeutend abgenommen. Im ersten Jahre sei es besser gewesen, aber jetzt seien die Beschwerden wieder wie früher. Periode sei regelmässig, ziemlich stark.

49. D. Albertina, Taglöhnerin, 25 Jahre alt, Geburtsort: St. Peter. Ledig.

Aufnahme: 27. IV. 05. Entlassung: 1. VII. 05. Ungeheilt quoad ascites.

Klinische Diagnose: Peritonitis Tbc. Ovarial-Cystom.

Anatomische Diagnose: Ausgeheilte Peritoneal-Tbc. mit ausgedehnter Schwartenbildung um die Pfortader (Perihepatitis) Kystoma ovarii sinistri.

Anamnese: Vater und Stiefvater tot. Ursache unbekannt. Als Kind Masern. Seit 5 Jahren Ascites, deshalb vor zwei Jahren Operation in der chirurg. Klinik. Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig, normal, 3—4 Tage lang. Nur hie und da Kreuzschmerzen. Zur Zeit menstruiert P. 1 Partus, spontan im Januar 97, keine Fehlgeburt. Oft Durchfall. Viel Husten. Manchmal Brustschmerzen. Auswurf vorhanden ohne Sanguis. Oft Schwindel, Müdigkeitsgefühl in den Beinen. Gewichtsabnahme nicht zu ermitteln. Anfangs Oktober 1904 hatte

P. nach der Punktion starke Schmerzen auf der linken Seite. P. ist noch 4 Mal punktiert worden.

Status präsens: Kleine Frau, gracil gebaut, etwas beschränkt. Abdomen stark durch Ascites aufgetrieben. Laparatomiewunde in der Nabelgegend, Punktionsnarben am Abdomen. Phthisischer Habitus. Lungen: Keine Dämpfung. Ueber der linken Spitze vereinzeltes Giemen. Stimmfremitus abgeschwächt. Leib stark aufgetrieben. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Bauchdecken dünn, prall gespannt. Deutliche Fluctuationswelle. Absolute Dämpfung bis handbreit über den Nabel nach oben. Dämpfungslinie nach oben konkav. Grösster Umfang des Leibes 115. Hintere Scheidenwand durch den Druck des Ascites prolabiert. Keine Rectocele. Uterus o. B. Nach Punction des Abdomens wird ein linksseitiger kindskopfgrosser, beweglicher Tumor von cystischer Konsistenz palpabel. Per rectum im hinteren Douglas kleine Knötchen palpabel. 4. V. Punktion von 6—7 l Ascitus.

Operation: 9. V. 05. Eröffnung der Bauchöhle. Etwa 10 cm langer Schnitt. Entleerung von ca. 8 l klarer, seröser Flüssigkeit. Peritoneum überall glatt, spiegelnd, nirgends Einlagerung von Tbc.-Knötchen, nur in der Nähe der Leber mächtige Schwartenbildung infolge ausgedehnter flächenhafter Verwachsungen. Links Ovarial-Kystom.

Verlauf: Nach der Operation kein Fieber. Wundheilung per primam. Am 19. V. Punktion von 4—5 l Ascites. 21. VI. Der jedesmal rasch sich erneuernde Ascites macht etwa alle 14 Tage eine Punktion notwendig. Dementsprechend keine Besserung des Allgemeinbefindens post operationem. Nach wie vor hochgradige Abmagerung, hartnäckiges Persistieren der Beschwerden.

Entlassungsbefund: 1. VII. 05. P. fühlt sich auf die Punktion des gestrigen Tages wieder wesentlich erleichtert; subj. frei von Beschwerden. Grosse körperliche Schwäche; Gehen nur für kurze Zeit in langsamen Schritten möglich. Auf Wunsch Entlassung.

Nachuntersuchung: 4. VI. 10. Ist bisher alle Jahre 3—5 Mal punktiert worden, zuletzt vor 4 Tagen. Fühlt sich dabei leidlich wohl, arbeitsfähig. Uterus anteflektiert, beweglich. Adnexe in Adhäsionen. Einzelheiten wegen grosser Empfindlichkeit nicht tastbar. Netz als Tumor unter dem linken Rippenbogen fühlbar.

50. V. Ludovica, 22 J., verh. seit 3 Jahr., geb. Bologna.

Aufnahme: 2. X. 06. Entlassung: 11. XI. 06, leicht gebessert.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx bil. gonorrh.

Differentialdiagnose: Appendicitisches Exsudat, Peritonealtbc.

Anatomische Diagnose: Peritonealtbc.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. 1 Schwester tot an Lungenerkrankung (Tbc?). Vor 4 Jahren Pleuritis. Sept. 05 Unterleibsentzündung rechts (?). 1. Menstruation mit 15 Jahren. Bis zur Verheiratung 6 Tage lang dauernd, nachher 3—4 Tage. Kein Partus, keine Fehlgeburt. Immer verstopft; weisslicher Fluss, hauptsächlich vor der Menstruation. Appetit schlecht; Schmerzen seit 3—4 Jahren. Seit einem Jahr Kopfschmerzen über der Stirne, Schwindelgefühl, Schlaf schlecht. Vor 7 und vor 4 Monaten stärkere Schmerzen im Leib. Vor 14 Tagen erneute starke Beschwerden. Vom Arzt in die Klinik gewiesen. In letzter Zeit auch gelber Ausfluss, Brennen beim Wasserlassen. Ehemann leugnet Gonorrhoe.

Status präsens: Leukocyten 11640. Kleine, gut genährte Frau mit ängstlichem, schwer-krankem Gesichtsausdruck. Von Zeit zu Zeit schmerzhaftes Verziehen der Gesichtszüge. Leib vorgewölbt, Bauchdecken so straff gespannt, dass die Palpation in die Tiefe unmöglich ist. Abdomen überall empfindlich. Gurren in der Ileo-cecal-Gegend. Resistenz nicht nachweisbar. Ueberall tympanitischer Schall. Milzdämpfung etwas verbreitert. Leibumfang 74. Uterus und Adnexe nicht isoliert zu tasten. Oberhalb links und rechts des Uterus unbewegliche adhaerente Resistenzen, die nicht abgrenzbar sind. Der Douglas'sche Raum ist von vorn nach hinten verbreitert; in ihm unebene mittelharte Resistenzen palpabel.

Cervical-Sekret hell-glasig. Gonococcen-ähnliche Diplococcen, nicht sicher als Gonococcen zu diagnostizieren.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Pyosalpinx bil. gon.

Urin: trüb, flockig, sauer.

Verlauf: In den ersten Tagen starkes Erbrechen, dabei sehr starke, kolikartige, wiederkehrende Schmerzen im Leib, bis in die Magengegend. Auf Morphiuminjektion Erleichterung.

6. X. Fango-Packungen, Scheiden-Duschen. Leib dauernd aufgetrieben; mal härter, mal weicher. (Peritonealtbc.? Pleuritis durchgemacht!)

8. X. Geringe Besserung, nur Brechreiz. P. steht bisweilen auf.

11. X. Auf Wunsch Entlassung, da P. nach Italien zurück will.

Entlassungsbefund: Subjekt. ziemliches Wohlbefinden. Zeitweilig noch ziehende Schmerzen im Unterleib und in der Magengegend. Leib noch immer gespannt, so dass eine genaue Palpation unmöglich ist.

Genitalienbefund unverändert.

Wiederaufnahme: 14. X. 06.

Anamnese: Am Tage der Entlassung leidliches Wohlbefinden. Konnte auch nachts schlafen. Kohabitation fand angeblich nicht statt. Am nächsten Tage 10 h morgens heftige Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen. Vom Arzt in die Klinik geschickt.

Status: P. ist sehr elend, krümmt sich vor Schmerzen, jammert und stöhnt in einem fort. Andauerndes Erbrechen von leicht faekulentem Aussehen. Stuhl angehalten, Leib sehr hoch, stark gespannt. Pul. 110.

Therapie: Morphium, heisse Leibwickel. Vom nächsten Tag an Laxantia und Einläufe. Täglich $^3/_4$ Stunde elektrisches Solar.

Verlauf: 18. X. Leib weicher, nicht mehr druckempfindlich; Stuhlgang o. B. P. steht auf.

Tuberculinbehandlung.

21. X. Injektion von $^1/_{10}$ ccm Neutuberkulin 0,2 : 100,0 ohne Reaktion.

23. X., 25. X., 27. X. Gleiche Injektionen, keine Reaktion.

3. XI. Injektion von $^1/_2$ mmg Alt-Tuberkulin, keine Reaktion.

20. XI. Keine Leukocytose mehr.

Täglich elektr. Solar, warme Scheidenspülungen.

22. XI. Operation. 5 cm langer Querschnitt. Das eröffnete Peritoneum ist spiegelnd glatt, dagegen im Douglas sehr starke Verwachsungen. Man fühlt dort zahlreiche Miliartuberkeln. Schluss des Peritoneums. 8 Tage p. oper. Wunde reaktionslos verheilt.

Entlassungsbefund 6. XII.: Relativ guter Allgemein-Zustand. Keine Unterleibsbeschwerden. Wunde per primam geheilt.

Genitalbefund (soweit ein solcher bei den ständig stark gespannten Bauchdecken zu erheben ist): Portio in der Interspinal-Linie. Uterus anteponiert. Adnexe nicht zu isolieren. Knötchen im Douglas nicht zu tasten.

Vaccari: Nachuntersuchung:

1. VI. 10. Bericht des Bürgerspitals in Basel. Aufnahme 10. XI. 09. P. leidet seit dem Frühjahre an Stichen in der Brust. Rechts und links oben. Schmerzen sind hauptsächlich beim Arbeiten, links beim Atmen. Im Mai Fieber bis zu 38 Grad und stärkere Schmerzen, so dass sie den Arzt zuzog. Vor 3 Wochen bekam P. wieder Schmerzen in der Magengegend, auch hinten in der Lendengegend, sowie unten auf der Brust beiderseits. P. musste sich zu Bett legen, einige Tage lang Magenweh und Erbrechen. P. hat angeblich in Freiburg 52 Kilo gewogen und wiegt jetzt nach $1^1/_2$ Wochen nur noch $46^1/_2$. Appetit schlecht. Obstipation seit einigen Monaten.

Lungenbefund: Grenzen zwischen 10. und 11. Rippe. Vorne an der 6. Rippe Atemgeräusch, hinten rechts etwas leiser. In der rechten Fossa supraspinalis einige feinblasige Rasselgeräusche (aber nicht konstant), Abdomen von normaler Configuration. Nirgends Resistenz fühlbar, Naht nicht verwachsen. Keine Flüssigkeit im Abdomen. Grosse Schmerzhaftigkeit der ganzen linken Bauchhälfte. Temperatur meist etwas erhöht, 38°. Puls sehr labil. Es ist ferner in der Krankengeschichte mehrmals vermerkt, dass weder über den Lungen noch im Abdomen irgend ein für Tbc. beweisender Befund zu erheben war. Eine Tbc.-Injektionskur (mit Serum?) misslang, weil sofort höheres Fieber auftrat. P. klagte viel über Leibschmerzen und war sehr obstipiert. Sie fühlt sich dann trotz erhöhter

Temperaturen einige Tage sehr wohl und trat gegen unseren Rat aus. Ich erfuhr einige Wochen später, dass es ihr recht schlecht gehen soll, nämlich weitere Abmagerung, Leibschmerzen, aber kein Husten, kein Auswurf.

Literatur-Verzeichnis.

1. Birnbaum: Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit dem Koch'schen Tuberkulinapparat: Centralblatt für Gynäkologie. 1907.
2. Borchgrevink: Zur Kritik der Laparatomie bei der serösen Bauchfelltuberkulose: Mitteilungen aus d. Grenzgebieten. 1900. 6.
3. Caspersohn: Zur Laparatomie bei Bauchfelltuberculose: Mitteilung d. Vereins Schleswig-Holstein'scher Aerzte 1888. 11. H. April.
4. Chiari: Verhandlungen des Vereins Deutscher Aerzte in Prag. 1886. 2. April.
5. Cimbali: Peritonite tuberkolare primitiva. Sperimentale 1888. Juni.
6. Condamin: De la laparatomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelveuse: Province méd. 1895. No. 21.
7. Ebstein: Ueber den Wert der Laparatomie als Heilmittel gegen Peritonealtuberkulose: Inaug.-Dissertat. Breslau. 1899.
8. Fehling: Beiträge zur Laparatomie bei Peritonealtuberkulose: Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden. 1887.
9. Fehling: Correspondenzblatt f. Schweizer-Aerzte. XVII, 13. 1887.
10. Frank: Erfolge der operativen Behandlung der chronischen Bauchfelltuberkulose. Mitteilung aus den Grenzgebieten. 1900. 6.
11. Gatti: Ueber die feineren histologischen Vorgänge etc. Arch. f. kl. Chirurg. Bd. 53, 3—4.

12. Gatti: Sul processo intimo di regressione della peritonite tuberkulosa par laparatomia semplice. Riforma media 1894, No. 53, 54.

13. Heimann Fritz: Klinische und experimentelle Studien über Heilwirkung der Laparatomie bei Peritonealtuberkulose. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1910. Bd. LXVI. H. 3.

14. Hoffmann: Ueber den Wert des Alttuberkulin als diagnostisches Spezificum in der Gynäkologie. Inaug.-Dissertation, Freiburg 1908.

15. Keintoch: Die Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose. Inaug.-Dissert. Greifswald 1891.

16. Kerber: Ueber die Dauererfolge der Laparatomie bei Peritonitis tuberculosa. Inaug.-Dissert. Leipzig, 1900.

17. König: Ueber diffuse peritoneale Tuberkulose und ihre Behandlung durch den Bauchschnitt. Centralblatt f. Chirurgie. 1890. Nr. 35.

18. Koenig: Die peritoneale Tuberkulose und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Centralblatt f. Chirurgie. 1890. No. 35.

19. Koeppen: Die tuberkulöse Peritonitis und der operative Eingriff XX. Congress f. innere Medizin. Wiesbaden 1902.

20. Körte: Münchner Med. Wochenschr. 1877. S. 456.

21. Krönig: Referat über Peritoneal- u. Urogenitaltuberkulose. Gynäkologen-Congress, München 1911.

22. Lauenstein: Bemerkungen zu der rätselhaften Heilwirkung der Laparatomie bei Peritonealtuberkulose. Centralbl. f. Chirurgie. 1890. No. 42. S. 793.

23. Löhlein: Zur Diagnose der tuberkulösen Peritonitis. Deutsche Med. Wochenschr. 1900. No. 39.

24. Margarucci. Die chirurgische Therapie der tuberkulösen Peritonitis. Centralbl. f. Chirurgie. 1896. No. 49.
25. Mazzoni: Klinischer und anatomischer Beitrag zur tuberkulösen Peritonitis. X. Congresso della Società italiana di Chirurgia in Roma. Oktober 1895.
26. Mohrmann: Die Resultate der Laparatomie bei tuberkulöser Peritonitis. Inaug.-Dissert. Göttingen 1903.
27. v. Mosetig-Moorhof: Casuistik a. d. I. Chirurg. Abteilg. d. k. k. Wiener Krankenhauses II. Wiener Med. Wochenschr. 1885. Nr. 5. 6.
28. v. Mosetig-Moorhof: Zur Therapie der Peritonealtuberkulose. Wiener Med. Presse. 1893. No. 1. 27.
29. Nassauer: Zur Frage der Heilung der tuberkulösen Peritonitis durch die Laparatomie. Münchner Med. Wochenschr. 1898, No. 16 u. 17.
30. Naumann: Fälle von Tuberkulosis Peritonei, mit Laparatomie behandelt. Hygiea 1885, Bd. 47. H. 10.
31. Oehler: Ueber peritoneale Tuberkulose. Münchner Med. Wochenschr. 1900. 52.
32. Pagenstecher: Dürfen wir Bauchfelltuberkulose operativ behandeln? Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1902. Bd. 67.
33. Pankow: Das Alttuberkulin Koch als Diagnosticum in der Gynäkologie. Centralblatt f. Gynäkologie 1907.
34. Philipps: Die Resultate der operativen Bauchfelltuberkulose. Inaug.-Dissertation. Göttingen 1890.
35. Pribram: Ueber Therapie der Bauchfelltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Laparatomie. Prager Med. Wochenschr. 1887. No. 35.
36. Rösch: Du traitément chirurgical de la périton. tuberculosé. Revue de chirurgie. 1893. No. 13.

37. Schlimpert: Ueber Tuberkulin-Reaktion. Referat: München Gynäkologischer Kongress 1911.
38. Schlimpert: Die Tuberkulose des menschlichen Körpers. Centralblatt 1911.
39. Simmonds: Tuberkulose des weiblichen Genitalorgans. Arch. f. Gynäkologie. 1909. H. 1.
40. Sippel: Beitrag zur primären Genitaltuberkulose des Weibes nebst Bemerkungen zur Bauchfelltuberkulose. Deutsche Med. Wochenschr. 1894. No. 52.
41. Thönes: Ueber Dauerresultate der operativen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalt. 1900.
42. Tröger: Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose. Inaugural-Dissertat. Marburg. 1891.
43. Trzbieky: Zur Laparatomie bei tuberkulöser Peritonitis. Wiener Med. Wochenschr. 1888. No. 6 u. 7.
44. Weigert: Die Wege des Tuberkelgiftes zu den serösen Häuten. Deutsche Med. Wochenschr. IX. No. 31.
45. Wiese: Ein Beitrag zur Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose. Inaug.-Dissertation. Kiel. 1890.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Heimann, bin geboren als Sohn des Kaufmanns Joseph Heimann zu Duisburg am Rhein am 5. Mai 1885. 1904 verliess ich das städtische Gymnasium zu Mülheim/Ruhr mit dem Zeugnis der Reife und bezog im Oktober 1904 die Universität Bonn, wo ich im Wintersemester 1907 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommersemester 1907 genügte ich meiner Militärpflicht in Bonn. Den Rest meines Studiums verbrachte ich in Freiburg, wo ich im Wintersemester 1909/10 die ärztliche Prüfung bestand. Mein praktisches Jahr absolvierte ich an der geburtshilflichen gynäkologischen Universitätsklinik zu Freiburg i. Br. und an der zweiten inneren Abteilung des Friedrichstädter Krankenhauses zu Dresden. Seit 1. April 1911 bin ich als Volontärarzt an der geburtshilflichen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik angestellt.